보종 22290
장기상품부 2018년 1월 제작

무배당

KB 아름다운상해보험 (18.01)

KB 손해보험

국민의 평생 금융파트너

KB금융그룹



약관

목 차

◆ 개인신용정보 제공이용에 대한 고객 권리 안내 ····· 7
◆ 고객정보 취급방침 ····· 9
◆ 전국 고객지원 센터 ····· 11
◆ 보험금 지급 절차 안내 ····· 12
◆ 보험금 청구 구비서류 안내 ····· 15
◆ 보험금 등 지급시의 적립이율 안내 ····· 24
◆ 자주 발생하는 민원(예시) ····· 25
◆ 보험용어 해설 ····· 26
◆ 가입자 유의사항 ····· 26
◆ 주요내용 요약서 ····· 31

보 통 약 관

제1절 일반조항
제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 33
제1조(목적) ····· 33
제2조(용어의 정의) ····· 33

제2관 보험금의 지급 ····· 34
제3조(보험금의 지급사유) ····· 34
제4조(보장보험료 납입면제) ····· 34
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 34
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 34
제7조(보험금 지급사유의 통지) ····· 35
제8조(보험금의 청구) ····· 35
제9조(보험금의 지급절차) ····· 35
제10조(만기환급금의 지급) ····· 36
제11조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 36
제12조(주소변경통지) ····· 37
제13조(보험수익자의 지정) ····· 37
제14조(대표자의 지정) ····· 37

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ····· 37
제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 37
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 37
제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 37
제18조(사기에 의한 계약) ····· 38

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 38
제19조(보험계약의 성립) ····· 38
제20조(청약의 철회) ····· 39
제21조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 39
제22조(계약의 무효) ····· 40
제23조(계약내용의 변경 등) ····· 40
제24조(보험나이 등) ····· 41
제25조(계약의 소멸) ····· 41

제5관 보험료의 납입 ····· 41
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 41
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 42
제28조(보험료의 자동대출납입) ····· 42
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ·42
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 43
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 43

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 43
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 43
제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 43
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 44

제35조(해지환급금) ····44
제36조(보험계약대출) ····44
제37조(중도인출) ····44
제38조(배당금의 지급) ····44

제7관 지정대리청구에 관한 사항 ····45
제39조(적용대상) ····45
제40조(지정대리청구인의 지정) ····45
제41조(지정대리청구인의 변경지정) ····45
제42조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구) ····45
제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차) ····45

제8관 분쟁의 조정 등 ····45
제44조(분쟁의 조정) ····45
제45조(관할법원) ····45
제46조(소멸시효) ····45
제47조(약관의 해석) ····46
제48조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····46
제49조(회사의 손해배상책임) ····46
제50조(개인정보보호) ····46
제51조(준거법) ····46
제52조(예금보험에 의한 지급보장) ····46

제2절 보통약관의 보장조항
1. 일반상해후유장해(3~100%) ····47
2. 일반상해사망 ····48

【별표】 장해분류표 ····49
【별표-1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····59

특 별 약 관

의무부가관련 특별약관
1. 일반상해80%이상후유장해 특별약관 ····60
2. 질병80%이상후유장해 특별약관 ····60

상해관련 특별약관
1-1. 일반상해후유장해(20~100%) 특별약관 ····61
1-2. 일반상해50%이상후유장해 특별약관 ····62
1-3. 교통상해사망후유장해(자가용,영업용) 특별약관 ····63
1-4. 교통상해사망후유장해(비운전자) 특별약관 ····65
1-5. 교통상해50%이상후유장해(자가용,영업용) 특별약관 ····67
1-6. 교통상해50%이상후유장해(비운전자) 특별약관 ····69
1-7. 교통상해80%이상후유장해(자가용,영업용) 특별약관 ····70
1-8. 교통상해80%이상후유장해(비운전자) 특별약관 ····71
1-9. 대중교통이용중교통상해사망 특별약관 ····73
1-10. 대중교통이용중교통상해50%이상후유장해 특별약관 ····74
1-11. 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해 특별약관 ····76
1-12. 항공기이용중상해사망 특별약관 ····77
1-13. 항공기이용중상해50%이상후유장해 특별약관 ····78
1-14. 항공기이용중상해80%이상후유장해 특별약관 ····79
1-15. 특정여가활동중상해사망 특별약관 ····80
1-16. 특정여가활동중상해50%이상후유장해 특별약관 ····81
1-17. 특정여가활동중상해80%이상후유장해 특별약관 ····82
1-18. 스포츠활동중상해사망 특별약관 ····83
1-19. 스포츠활동중상해80%이상후유장해 특별약관 ····84
1-20. 골프중상해사망 특별약관 ····85
1-21. 골프중상해80%이상후유장해 특별약관 ····86
1-22. 자전거탑승중상해사망 특별약관 ····87
1-23. 자전거탑승중상해80%이상후유장해 특별약관 ····88
1-24. 추락상해사망 특별약관 ····89
1-25. 추락상해80%이상후유장해 특별약관 ····90
1-26. 익사사고사망 특별약관 ····91
1-27. 팔및손가락후유장해 특별약관 ····92

1-28. 상해흉터복원수술비II(안면부) 특별약관 ····93
1-29. 상해흉터복원수술비 특별약관 ····94
1-30. 상해입원일당(1일이상)II 특별약관 ····95
1-31. 상해중환자실입원일당(1일이상)II 특별약관 ····96
1-32. 일반상해수술입원일당(20일한도) 특별약관 ····97
1-33. 골절진단비II(치아파절제외) 특별약관 ····99
1-34. 5대골절진단비 특별약관 ····100
1-35. 교통상해골절진단비(자가용,영업용) 특별약관 ····101
1-36. 교통상해골절진단비(비운전자) 특별약관 ····102
1-37. 교통상해5대골절진단비(자가용,영업용) 특별약관 ····103
1-38. 교통상해5대골절진단비(비운전자) 특별약관 ····104
1-39. 화상진단비 특별약관 ····105
1-40. 골절수술비 특별약관 ····107
1-41. 5대골절수술비 특별약관 ····107
1-42. 교통상해골절수술비(자가용,영업용) 특별약관 ····108
1-43. 교통상해골절수술비(비운전자) 특별약관 ····110
1-44. 교통상해5대골절수술비(자가용,영업용) 특별약관 ····111
1-45. 교통상해5대골절수술비(비운전자) 특별약관 ····113
1-46. 상해수술비 특별약관 ····115
1-47. 자동차사고부상보장(자가용,영업용) 특별약관 ····116
1-48. 자동차사고부상보장(비운전자) 특별약관 ····125
1-49. 자동차사고치아보철보장 특별약관 ····126
1-50. 중대한화상및부식진단비 특별약관 ····127
1-51. 중대한특정상해수술비 특별약관 ····127
1-52. 뇌·내장손상수술비 특별약관 ····129
1-53. 화상수술비 특별약관 ····131
1-54. 일반상해사망가족생활지원금(10년매월지급형) 특별약관 ····132
1-55. 일반상해80%이상후유장해생활지원금(10년매월지급형) 특별약관 ····133
1-56. 일반상해50%이상후유장해생활지원금(10년매월지급형) 특별약관 ····134

질병관련 특별약관

2-1. 시청각질환수술비 특별약관 ····136
2-2. 후각특정질환수술비 특별약관 ····137
2-3. 질병입원일당(1일이상) 특별약관 ····139
2-4. 질병중환자실입원일당(1일이상) 특별약관 ····140
2-5. 질병수술입원일당(20일한도) 특별약관 ····141
2-6. 질병사망 특별약관 ····144
2-7. 질병으로인한 3대시각질환수술비 특별약관 ····145
2-8. 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한) 특별약관 ····147
2-9. 영구치상실보장【갱신계약】특별약관 ····148
2-10. 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁·각막확장) 및 재수술 보장【갱신계약】특별약관 ····149
2-11. 뇌졸중진단비 특별약관 ····152
2-12. 뇌출혈진단비 특별약관 ····153
2-13. 급성심근경색증진단비 특별약관 ····154
2-14. 암진단비(유사암제외) 특별약관 ····156
2-15. 유사암진단비 특별약관 ····158
2-16. 말기폐질환진단비 특별약관 ····160
2-17. 말기신부전증진단비 특별약관 ····161
2-18. 말기간경화진단비 특별약관 ····162
2-19. 질병수술비 특별약관 ····163
2-20. 21대질병수술비II 특별약관 ····165
2-21. 중대한심혈관수술비(최초1회한) 특별약관 ····168
2-22. 암수술비I 특별약관 ····170
2-23. 암수술비II 특별약관 ····172
2-24. 암직접치료입원일당(4일이상) 특별약관 ····174
2-25. 항암방사선약물치료비 특별약관 ····176

상해 및 질병 관련 특별약관

3-1. 깁스치료비 특별약관 ····178
3-2. 각막이식수술비 특별약관 ····179
3-3. 신인공관절치환수술비(최초1회한) 특별약관 ····180
3-4. 응급실내원비(응급) 특별약관 ····181
3-5. 응급실내원비(비응급) 특별약관 ····183
3-6. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) 특별약관 ····185
3-7. 3대장애진단 특별약관 ····186

비용손해 일반조항 ····188

비용손해 관련 특별약관
4-1. 자동차사고성형비용(자가용) 특별약관 ····188
4-2. 홀인원비용손해 특별약관 ····190
4-3. 알바트로스비용손해 특별약관 ····191
4-4. 민사소송 법률비용손해 특별약관 ····192
4-5. 행정소송 법률비용손해 특별약관 ····197
4-6. (가족)과실치사상 벌금비용 특별약관 ····202
4-7. 업무상과실·중과실치사상 벌금비용 특별약관 ····203
4-8. 자동차사고벌금(자가용,영업용) 특별약관 ····203
4-9. 자동차사고변호사선임비용손해(자가용,영업용) 특별약관 ····204
4-10. 교통사고처리보장(자가용,영업용) 특별약관 ····206
4-10-1. 교통사고처리보장(자가용) 특별약관 ····206
4-10-2. 교통사고처리보장(영업용) 특별약관 ····208
4-11. 중상해교통사고처리보장(자가용,영업용) 특별약관 ····211
4-11-1. 중상해교통사고처리보장(자가용) 특별약관 ····211
4-11-2. 중상해교통사고처리보장(영업용) 특별약관 ····213
4-12. 운전면허정지보장(영업용) 특별약관 ····215
4-13. 운전면허취소보장(영업용)II 특별약관 ····216
4-14. 보이스피싱손해(피해환급금 제외) 특별약관 ····217
4-15. 구직급여일당(1일이상 90일한도)【갱신계약】특별약관 ····219
4-16. 장기구직급여지원금(31/61일이상)【갱신계약】특별약관 ····221
4-17. 상해 · 질병구직급여지원금【갱신계약】특별약관 ····223

재물손해 및 배상책임 일반조항 ····226

재물손해 관련 특별약관
5-1. 골프용품손해 특별약관 ····232

배상책임 관련 특별약관
6-1. 골프활동중배상책임 특별약관 ····234

기타 특별약관
7-1. 적립보험료 납입면제 대체납입II 특별약관 ····237
7-2. 강력범죄피해보장 특별약관 ····238

실손의료비 관련 독립특별약관
무배당 KB손보 실손의료비【갱신계약】특별약관
무배당 KB손보 기본형 실손의료비【갱신계약】 특별약관 ····239
실손의료비 추가 특별약관
1. 비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료 실손의료비【갱신계약】특별약관 267
2. 비급여 주사료 실손의료비【갱신계약】특별약관 ····271
3. 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비【갱신계약】특별약관 ·275

제도성 특별약관
1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관 ····278
2. 선지급서비스 특별약관 ····278
3. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관 ····280
4. 보험료 자동납입 특별약관 ····283
4-1. 초회보험료자동납입 추가특별약관 ····283
5. 단체취급 특별약관 ····283
6. 전자서명 특별약관 ····284
7. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관 ····285

약관에서 인용된 법•규정
【법규1】개인정보 보호법 ····287
【법규2】개인정보 보호법 시행령 ····289
【법규3】국민건강보험법 ····289
【법규4】농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 ····290
【법규5】민법 ····290
【법규6】보험업감독규정 ····291

【법규7】 보험업법 ····· 291
【법규8】 보험업법 시행령 ····· 292
【법규9】 상법 ····· 293
【법규10】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ····· 293
【법규11】 약사법 ····· 295
【법규12】 응급의료에 관한 법률 ····· 295
【법규13】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 ····· 296
【법규14】 의료법 ····· 297
【법규15】 전자서명법 ····· 299
【법규16】 지역보건법 ····· 300

개인신용정보 제공이용에 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) 해당 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

신 청 방 법
● 전화 : ☎ 1544-0114 (지역번호 없이) ● 서면 : 135-550 서울특별시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩 ● 홈페이지 : http://www.kbinsure.co.kr [인터넷창구 > 고객정보변경 > 개인정보활용동의철회]

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.

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 해당 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.)

※ 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 있습니다. 또한 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

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 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처
  - 코리아크레딧뷰로㈜ : ☎ 02)708-6000, 인터넷 www.koreacb.com
  - NICE평가정보㈜ : ☎ 02)2122-4000, 인터넷 www.nice.co.kr

※ KB손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

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

구분	당사 개인신용정보 보호담당자	손해보험협회 개인신용정보 보호담당자	금융감독원 금융민원센터
전화	(031)590-5905	(02) 3702-8500	(국번없이) 1332
주소	경기도 구리시 경춘로 260 KB손해보험빌딩 정보보호부	서울시 종로구 종로5길 68	서울시 영등포구 여의대로 38

※ 보험계약과 관련하여 불만사항 등이 있을 경우 당사 소비자보호부[☎ 02)6900-2131~2]로 연락주시기 바랍니다.

고객정보 취급방침

KB금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객여러분께 깊은 감사를 드립니다.
KB금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

금융지주회사법 제48조의 2 (고객정보의 제공 및 관리)

① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조 제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조, 제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조 제1항에 따른 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 "고객정보제공절차"라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 제공할 수 있는 정보의 범위
2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
3. 고객정보의 분리 보관
4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "증권총액정보등"이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 예탁한 금전의 총액
2. 예탁한 증권의 총액
3. 예탁한 증권의 종류별 총액
4. 채무증권의 종류별 총액
5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 KB금융그룹은 KB금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

Ⅰ. 제공되는 고객정보의 종류

1. 『금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률』 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제2조 제2호 및 동법 시행령 제2조 제2항에 따른 개인신용정보
3. 『금융지주회사법』 제48조의2 제2항에 따른 증권총액정보등(위 금융지주회사법 제48조의2 제2항 참조)

Ⅱ. 고객정보의 제공처

KB금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 KB금융지주(금융지주회사), KB국민은행(은행 및 외국환업), KB증권(금융투자업), KB손해보험(손해보험업), KB국민카드(신용카드업), KB생명보험(생명보험업), KB자산운용(집합투자업, 투자일임 및 투자자문업), KB캐피탈(리스, 할부금융업), KB저축은행(상호저축은행업), KB부동산신탁(신탁업), KB인베스트먼트(투자 및 융자업), KB신용정보(신용조사 및 추심 대행업), KB데이타시스템(시스템, 소프트웨어 개발 및 공급업)입니다.

Ⅲ. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

KB금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.

② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.

③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.

④ 고객정보의 요청 및 제공 시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.

⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.

⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정 시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함), 그리고 각 그룹사 홈페이지등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.

⑦ 고객정보를 제공하는 경우 고객정보조회시스템을 구축하고 연1회 이상 통지하는 등 고객의 자기정보 접근권을 제공하는 데 최선을 다할 것입니다.

⑧ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적정한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리, 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.

⑨ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격□침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

KB금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

KB금융그룹

KB금융지주	고객정보관리인	KB국민은행	고객정보관리인
KB증권	고객정보관리인	KB손해보험	고객정보관리인
KB국민카드	고객정보관리인	KB생명보험	고객정보관리인
KB자산운용	고객정보관리인	KB캐피탈	고객정보관리인
KB저축은행	고객정보관리인	KB부동산신탁	고객정보관리인
KB인베스트먼트	고객정보관리인	KB신용정보	고객정보관리인
KB데이타시스템	고객정보관리인		

전국 고객지원 센터

사고접수, 보험처리 등 보험계약 관련 문의

☎ 1544-0114 (지역번호 없이) (홈페이지: www.kbinsure.co.kr)
● 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

강북고객지원센터	02) 3149-7000
광주고객지원센터	062) 222-1114
대구고객지원센터	053) 669-7114
대전고객지원센터	042) 259-3000
본사고객지원센터	02) 6900-2552~3,5
부산고객지원센터	051) 600-2141
수원고객지원센터	031) 547-3800

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

보험모집질서 확립

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.
금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터
전화 : 1332 홈페이지 : www.fss.or.kr

보험금 지급 절차 안내

귀하의 금번 사고에 대하여 심심한 위로의 말씀을 드리며, 다음의 내용을 참조하시어 보험금 청구 서류를 우편, 전화, FAX 및 인터넷(www.kbinsure.co.kr)을 통하여 접수하여 주시면 신속히 처리하여 드리겠습니다.

■ 보험금 지급 절차 안내

< 보험금 청구 절차 >

• 당사 보험금청구서 양식에 보험금청구권자가 청구(사고)내역 기재 및 자필서명을 하고, 구비서류를 확인하신 후 관련서류를 준비합니다.
  * 보험금청구서 양식 및 구비서류 안내문은 당사 홈페이지에서 출력 및 확인이 가능하고, 고객콜센터(☎ 1544-0114)에 요청하시면 팩스, e-mail 또는 우편으로 고객님께 발송해 드립니다.

⇩

• 실손의료보험 보험금 청구서류 접수대행 제도와 관련하여 실손의료보험 다수가입 계약자가 당사에서 다른 다수 보험가입회사에 청구 관련 구비서류 제출 대행을 원하시는 경우 실손의료비 손생보청구대행서비스 동의서에 서명하고 제출합니다.

⇩

• 보험금청구서와 관련 구비서류를 가까운 고객센터에 방문해서 접수하거나, 대표팩스, 우편, 홈페이지 등 서류접수처를 통해 제출합니다.

< 서류접수처 >

* 대표팩스 접수 : 대표팩스번호 0505-136-6500
  - 작성된 보험금청구서와 관련 구비서류를 대표팩스번호로 보내주시면 『팩스접수증』을 고객님이 발송하신 팩스로 송부해 드립니다.
* 우편접수 : 120-723 서울시 서대문구 서소문로 21 충정타워 8층 KB심사지원팀 (우편접수만 가능)
* 홈페이지접수 : www.kbinsure.co.kr(모바일 : m.kbinsure.co.kr)
  - 당사 홈페이지에서 보험금청구 서류접수를 하실 경우 구비서류를 파일첨부(JPG, TIFF) 또는 팩스로 전송해 주셔야만 정상적으로 접수가 완료되며, 금융회원 로그인을 필요로 합니다.
* 방문접수 : 가까운 고객센터를 방문하시면 직접 접수가 가능합니다.
  - 가까운 고객센터는 당사 홈페이지에서 조회가 가능하고, 방문시 보험금청구서를 작성하고 구비서류를 제출하면 보험금청구접수증을 교부해 드립니다.
  - 방문 접수 시 전화를 통해 영업시간(월~금 : 09:00~18:00) 확인 후 방문하시기 바랍니다.

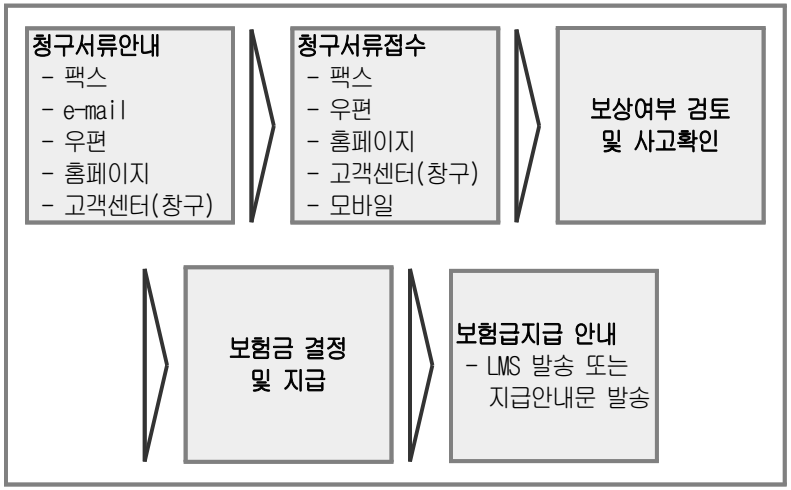
⇩

• 보내주신 청구서류에 대하여 사고접수 완료시 접수번호 및 보상담당자의 이름과 연락처를 휴대폰 문자메시지(SMS)로 알려드립니다.

⇩

• 보험금 청구서류를 발송하기 전 문의사항이 있으신 경우에는 당사 고객콜센터에서 상담이 가능합니다. (상담가능시간 : 09시~18시)
* KB손해보험 콜센터 : ☎ 1544-0114

< 보험금 지급절차 안내 >



■ 보험금 청구 관련 안내

○ 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다.
단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.

○ 구비서류 안내문에 기재된 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

○ 만일 보험금 청구서류에 허위가 있다면 관련 법률 및 약관규정에 의거하여 보험금 청구권이 상실되며 이에 따른 법적 책임이 따를 수 있습니다.

■ 손해사정사 선임 및 조사

○ 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인*에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
* 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체

○ KB손해보험회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 KB손해보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하셔야 합니다.

■ 장해진단서 제출시 유의 사항

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

■ 의료심사

○ 상해 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며 이 경우 비용은 KB손해보험회사가 부담합니다. 장해급부 청구시 장해상태에 대하여 당사 요청에 의해서 장해 재심사(재진단)가 시행될 수 있으며, 비용은 KB손해보험회사가 부담합니다.

■ 보험사간 치료비, 벌금, 배상책임 분담 지급 (비례보상 적용)

○ 상해 및 질병으로 인한 의료비와 벌금, 교통사고처리보장, 배상책임 등 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.

○ 이미 가입된 보험계약에서 보상한 금액이 본인이 부담한 의료비를 초과하였을 때에는 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다. 또한, 보험금이 지급된 이후 타 사계약이 확인된 경우에는 기지급한 의료비(벌금, 배상책임) 보험금에 대하여 환수될 수 있음을 알려드립니다.

○ 타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 손해보험협회를 통해 확인이 가능합니다.

■ 실손의료보험 보험금 청구접수 대행

○ 2009.10.1 실손의료보험제도 개선시 실손의료보험 표준약관에 연대책임 조항이 신설 · 시행되고 있고, 실손의료보험 다수계약자의 경우 보험금 청구서 및 구비서류를 개별 보험회사에 각각 청구해야 하는 불편을 해소하고자 실손의료보험 보험금 서류 접수대행 서비스를 제공합니다.

○ 실손의료보험 다수계약자가 요청할 경우 최초 실손의료보험금을 청구 받은 회사에서 다른 다수보험 가입회사에 실손의료보험금 청구 관련 구비서류 제출을 대행하는 제도로서 이 경우 타 회사에 자료 제공을 위한 개인정보 활용에 동의를 한 청구 건에 한해서 시행합니다.

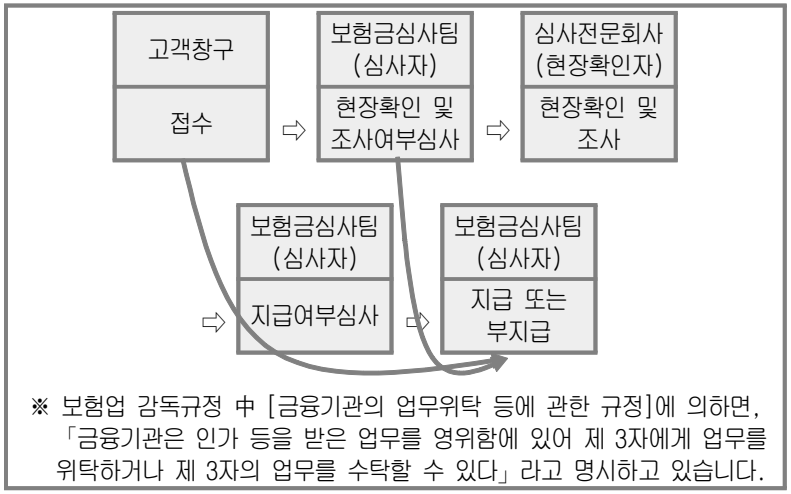
■ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

○ 보험금 청구시 문자서비스(SMS)로 각종정보(담당자 및 연락처, 제지급금 등)를 제공하여 드리고, 상세안내를 원하시는 경우 팩스나 이메일(전자우편) 발송에 동의하여 주시면 상세정보(제지급금, 각종안내, 보험금처리 진행과정 등)를 요청하신 방법으로 제공하여 드립니다.

○ 보험금이 지급되는 경우 사고 접수시 통보하여 주신 전자우편이나 팩스로 보험금 지급안내문이 발송됩니다.

○ KB손해보험회사 홈페이지(www.kbinsure.co.kr/모바일: m.kbinsure.co.kr)에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있습니다.

< 보험금 지급 심사 절차 >



※ 보험업 감독규정 中 [금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면, 「금융기관은 인가 등을 받은 업무를 영위함에 있어 제 3자에게 업무를 위탁하거나 제 3자의 업무를 수탁할 수 있다」라고 명시하고 있습니다.

■ 재심사 청구

○ KB손해보험회사의 보험금 지급심사 결과 보험금 부지급으로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내드리며, 보험금 부지급 결정 및 보험금 결정액에 동의하시지 않는 경우 KB손해보험회사 고객콜센터로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

- 인터넷 접수 : 홈페이지(www.kbinsure.co.kr)에 접속하여 신청
- 우편접수 : 서울시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩 소비자보호부
- KB손해보험 고객콜센터 : ☎ 1544-0114

보험금 청구 구비서류 안내

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요청할 수 있습니다.
※ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.
※ 2015.1.1.부터 실손의료보험 통원의료비는 동일사고 청구건당 3만원초과 10만원이하 청구시 처방전(질병분류기호 기재)으로 대체가능합니다.

1. 질병사고

○ 공통 서류

구 분	구비서류	발급처
공 통	• 보험금청구서(당사양식) -개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 • 피보험자/청구인의 신분증 사본 (미성년자 생략가능)	
	※ (필요시) 추가서류 • 가족관계 확인 필요시 (배우자,자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등) : 가족관계서류 (예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) • 대리인 청구시 : 위임장, 보험금청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의	동 주민센터

○ 의료비

구 분	구비서류	발급처
입원	• 진단서(단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능) • 입퇴원확인서 (진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) • 진료비계산서(영수증) • 진료비세부내역서 (비급여 내역이 없는 경우 생략가능)	진료병원
통원	■ 3만원 이하 • 일자별 진료비계산서(영수증) 및 약제비계산서(영수증) • 진료비세부내역서 (비급여 내역이 없는 경우 생략가능) ■ 3만원 초과 • 일자별 진료비계산서(영수증) 및 약제비계산서(영수증) • 처방전 (질병분류기호 기재) • 진료비세부내역서 (비급여 내역이 없는 경우 생략가능) ※10만원 이하의 청구건 中 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가 증빙서류가 필요할 수 있음 ※ 추가증빙서류(필요시) : 진단서, 통원확인서, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등 ※ 카드 결제 영수증은 증빙서류가 아님	진료병원

○ 진단금

구 분	구비서류	발급처
암 (제자리암 등)	• 암(제자리암 등) 진단서 • 각종 검사결과지 • 암수술급여금 : 수술확인서	진료병원
2대질병 치료비 (뇌/심장)	• 진단서 • 정밀검사결과지(특정질병에 따라 다르므로 담당자와 상의)(예: CT, MRI, 심전도 등)	진료병원
특정질병 수술비	• 진단서 • 수술확인서	진료병원
기타진단금	• 진단서(약관내용에 따라 추가서류 필요)	진료병원

※ 진단서는 반드시 한국질병분류번호가 기재된 진단서를 제출해 주십시오.

○ 사망

구 분	구비서류	발급처
사망	• 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) * 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부 ※ (수익자 미지정시) 추가 요청서류 • 상속관계 확인서류 (예:가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) • 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보 처리동의서	경찰서 진료병원 동 주민센터

○ 태아보험

구 분	구비서류	발급처
태아보험	• 산전기록지(계약상 출생예정일 기준 14일 이상 조기 출생한 경우	-
신생아 입원일당/ 저체중아 육아비용	• 출생증명서 • 진단서 [단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능] • 입원확인서 [인큐베이터 사용시 해당기간 명시 / 진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외	-
유산/사산	• 진단서(유산), 사산증명서(사산)	-

2. 상해사고

○ 공통 서류

구 분	구비서류	발급처
공 통	• 보험금청구서(당사양식) -개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 • 피보험자/청구인의 신분증 사본 (미성년자 생략가능)	
	※ (필요시) 추가서류 • 가족관계 확인 필요시 (배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등) : 가족관계서류 (예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) • 대리인 청구시 : 위임장, 보험금청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의	동 주민센터

○ 사고증빙서류

구 분	구비서류	발급처
산재사고	• 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서 * 추가서류 - 직업급수/사고내용 확인시 : 산재요양신청서 - 입원일당/의료비 청구시 : 입퇴원확인서, 보험급여원부	근로복지공단
폭행사고	• 사건사고사실확인서	경찰서
군인 재해사고	• 공무상병인증서	군병원
의료사고 등 법원분쟁	• 법원판결문	법원
기타사고	• 청구서 작성시 6하원칙에 따라 상세히 작성 • 병원초진차트	진료병원

○ 의료비

구 분	구비서류	발급처
입원	• 진단서(단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능) • 입퇴원확인서 (진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) • 진료비계산서(영수증) • 진료비세부내역서 (비급여 내역이 없는 경우 생략가능)	진료병원
통원	■ 3만원 이하 • 일자별 진료비계산서(영수증) 및 약제비계산서(영수증) • 진료비세부내역서 (비급여 내역이 없는 경우 생략가능) ■ 3만원 초과 • 일자별 진료비계산서(영수증) 및 약제비계산서(영수증) • 처방전 (질병분류기호 기재) • 진료비세부내역서 (비급여 내역이 없는 경우 생략가능) ※10만원 이하의 청구건 中 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가 증빙서류가 필요할 수 있음 ※ 추가증빙서류(필요시) : 진단서, 통원확인서, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등 ※ 카드 결제 영수증은 증빙서류가 아님	진료병원

○ 사망

구 분	구비서류	발급처
사망	• 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) * 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부	경찰서 진료병원 동 주민센터
	※ (수익자 미지정시) 추가 요청서류 • 상속관계 확인서류 (예:가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) • 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보 처리동의서	

○ 후유장해

구 분	구비서류	발급처
후유장해	• 후유장해 진단서 ※ 발급 전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.	대학(종합) 병원
	※ 다음의 경우 일반진단서로 대체가 가능합니다. - 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 - 사지절단 : 절단부위, 환자 상태 기재, X-ray 필름 첨부 - 인공관절 치환수술건 : 수술명, 수술일자 기재 - 비장, 신장적출 수술건 : 비장, 신장적출 수술일 기재	진료병원

○ 기타

구 분	구비서류	발급처
골절/화상	• 진단서,처방전,진료확인서,소견서,진료차트 등 진단명이 포함된 서류 • 화상 진단의 경우 심재성 여부 필수 기재된 진단서	진료병원
수술	• 진단서, 수술확인서 등 진단명, 수술명, 수술일자가 포함된 서류	진료병원
응급비용	• 119구급구조증명서 (가족 이용시 주민등록등본 필요)	관할 소방서
학원폭력/ 강력범죄 피해보장	• 사건사고 사실확인원 • 진단서	경찰서 진료병원
상해흉터 복원수술비	• 진단서 • 수술확인서(수술의 직경㎝ 확인 필요)	진료병원

3. 교통사고

○ 공통 서류

구 분	구비서류	발급처
공 통	• 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 • 청구인의 신분증 사본 (미성년자 생략)	
	※ [필요시] 추가서류 • 가족관계 확인 필요시 - 배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 : 가족관계서류 (예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) • 대리인 청구시 : 위임장, 보험금청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의서	동 주민센터

○ 의료비 및 입원일당

구 분	구비서류	발급처
자동차 보험처리	• 교통사고 처리확인서 (자사 자동차보험 처리 시 생략가능)	해당보험사
자동차보험 미처리	• 교통사고 사실확인서 • 진단서(단,50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능) • 입퇴원확인서 (진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) • 진료비계산서(영수증) • 진료비세부내역서 (비급여 내역이 없는 경우 생략) • 경찰서 미신고시 재해사고 증명서류제출(병원초진차트)	경찰서 진료병원

○ 사망

구 분	구비서류	발급처
사망	• 교통사고 사실확인서 • 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) * 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부	경찰서 진료병원 동 주민센터
	※ (수익자 미지정시) 추가 요청서류 • 상속관계 확인서류 (예:가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) • 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보 처리동의서	

○ 후유장해

구 분	구비서류	발급처
후유장해	• 후유장해 진단서 ※ 발급 전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.	대학(종합) 병원
	※ 다음의 경우 일반진단서로 대체가 가능합니다. - 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 - 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray 필름 첨부 - 인공관절 치환수술건 : 수술명, 수술일자 기재 - 비장, 신장적출 수술건 : 비장, 신장적출 수술일 기재	진료병원

○ 기타

구 분	구비서류	발급처
운전면허 정지보장	• 교통사고 사실확인서 • 면허정지 행정처분 확인원(교육 수료 후) • 운전경력 증명서	경찰서
운전면허 취소보장	• 교통사고 사실확인서 • 면허취소 행정처분 확인원 • 운전경력 증명서	경찰서
자동차사고 벌금	• 교통사고 사실확인서 • 약식명령서(별지 포함) • 벌금영수증	경찰서 법원
교통사고 처리보장 (중상해포함)	• 교통사고 사실확인서 • 피해자 진단서 • 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시) • 공소장 • 공탁서 및 피해자 공탁금 출금 확인서(미합의시)	경찰서 법원
자동차사고 변호사선임 비용	• 교통사고 사실확인서 • 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 등)	경찰서 법원

4. 골프사고

○ 공통 서류

구 분	구비서류
공 통	• 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 • 피보험자/청구인의 신분증 사본

○ 기타

구 분	구비서류
상해사고	• 상해사고 구비서류와 동일
홀인원	• 홀인원 증서(골프장 발급) • 홀인원 확인서(동반경기자 2인, 동반캐디) • 스코어카드 사본 • 홀인원 비용 영수증 원본
골프용품 파손	• 사고경위서(본인, 제3자, 골프시설관리자) • 파손용품 사진 • 수리영수증 또는 견적서(수리불가시 수리업체의 수리불가 소견서와 파손된 골프채 송부) • 골프용품 구입영수증
골프용품 도난	• 도난사실확인원(경찰서 발급) • 골프용품 구입영수증

5. 재물사고

○ 공통 서류

구 분	구비서류
공 통	• 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 • 보험금수취인의 신분증 사본 • 보험금청구권자가 타인에게 위임할 경우 : 위임장, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서 • 사업자등록증 • 화재사실확인원(경찰서), 화재증명원(소방서) • 수리 및 재조달 견적서, 영수증(수리업체, 재건축업체, 구입업체)

○ 기타

구 분	구비서류
건물	• 건물등기부등본 • 건축물 관리대장 • 임대차 계약서
기계	• 기계 관리대장 • 감정평가서(질권물건) • 리스계약서(리스물건)
시설 /집기비품	• 시설 및 집기비품 관리대장 • 시설 개보수 확인서류
가재도구	• 주민등록등본 • 가재도구 명세서
동산	• 재고 및 손해명세서 • 수불대장 • 임가공계약서, 작업지시서
중기	• 중기등록원부(사본) • 수입면장(수입품) • 운전면허증 양면 사본 • 리스계약서(리스물건) • 임대차 계약서 • 도급 계약서

6. 도난사고

○ 공통 서류

구 분	구비서류
공 통	• 보험금청구서(당사양식) -개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 • 보험금수취인의 신분증 사본 • 보험금청구권자가 타인에게 위임할 경우 : 위임장, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서 • 사업자등록증 • 도난사고접수 확인원(경찰서)

○ 기타

구 분	구비서류
현금도난	• 시제내역(현금시제표) • 거래원장, 거래영수증
물품도난	• 최초구입영수증 • 신품견적서 • 자산대장
상품권 /유가증권 도난	• 시제내역(현금시제표) • 거래원장, 거래영수증 • 도난된 유가증권의 번호가 기재된 신문 공시문 • 제권판결문, 제권판결에 소요된 비용 영수증

7. 배상사고

○ 공통 서류

구 분	구비서류
공 통	• 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 • 피보험자의 신분증 사본, 주민등록등본(중복보험 확인용도) 및 등재인 각각의 개인[신용]정보처리동의서 • 보험금청구권자가 타인에게 위임할 경우 : 위임장, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서 • 피해자(또는 피해물 소유자) 신분증 사본 및 개인[신용]정보처리동의서 • 사고경위서 - 6하 원칙에 따라 상세히 작성

○ 대인

구 분	구비서류
치료비	• 피해자 신분증 사본 • 진단서 또는 초진차트(진단명 명시) • 진료비계산서(영수증) • 입퇴원확인서(입원시) • 상급병실 사용 확인서(법정전염병 또는 중환자로서 특별히 인정되는 경우 지급) • 개호소견서 • 향후 치료비 추정서(치료 현재시점 이후에 지속적 가료를 요하는 경우)
휴업손해	• 피해자 소득 입증자료(근로소득 원천징수 영수증, 최근 3개월간 임금 대장, 근로계약서)
후유장해	• 후유장해 진단서(맥브라이드식 장해평가)
사망	• 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) : 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부
	※ (수익자 미지정시) 추가 요청서류 • 상속관계 확인서류 (예: 가족관계증명서,혼인관계증명서 등) • 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서

○ 대물

구 분	구비서류
공통	• 피해물 내역서 및 피해입증서류(수리비견적서 또는 수리불가시 수리불가 확인서, 영수증 등) • 현장사진 • 피해물 파손사진 및 수리사진 • 피해물의 등록증 (차량등록증, 건물등기부등본 등) • 공공기관(경찰서,소방서,국과수 등)에 접수된 경우 사고사실확인서
차량	• 차량등록증 • 사업자등록증, 가해자의 재직증명서 및 개인[신용]정보처리동의서 • 유류대 영수증

※ 보험금 청구에 대한 더 자세한 내용은 당사 홈페이지(http://www.kbinsure.co.kr)를 통해 확인하실 수 있으며, 기타 자세한 문의는 고객콜센터(☎ : 1544-0114)를 참고 바랍니다.

8. 보험금 청구시 알아 두셔야 할 내용

1. 보험금 지급조사 요청에 대한 동의

- 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 알릴의무 위반의 효과와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

2. 보험금 지급지연 안내

- **(보험금 지급지연 안내)** 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 또한 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
- **(보험금 지급지연 이자)** 약관에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율에 지연기간에 따른 가산이율(『보험금 등 지급시의 적립이율 안내』 참조)을 더하여 연 단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

3. 주소변경 통지

- 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내역을 회사에 알려야 합니다. 만약 알리지 않은 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

4. 보험금 등의 소멸시효

- 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권 및 배당금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

상기 서류 이외에도 보험금 지급을 위하여 보상담당자가 추가서류를 요청할 수 있으며, 경우에 따라 위 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있으니 담당자와 상담하시기 바랍니다.
상기 구비서류에 해당하는 보장내용은 현재 판매하지 않는 담보를 포함하고 있으므로 가입하신 보험상품의 보장내용을 확인하시기 바랍니다.

보험금 등 지급시의 적립이율 안내

구 분	적립기간	적립이율
승낙거절로 제1회 보험료 반환	보험료를 받은 기간	평균공시이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음)
청약 철회로 기납입보험료 반환	보험료 반환기일 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음)
계약무효로 기납입보험료 반환 (회사의 고의/과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우)	보험료납입 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율
보통약관 및 특별약관 보장보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

구 분	적립기간		적립이율	
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1년이내	공시이율의 50%
			1년초과	1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	
만기보험금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우	1년이내	공시이율의 50%
			1년초과	1%
		회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알리지 않은 경우	공시이율	
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하여, 소멸시효(상법 제662조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 보험료 반환기일 : 청약 철회 접수일부터 3일
4. 지급기일
- 신체손해 보험금 : 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일
- 재물손해/배상책임손해 보험금 : 지급보험금 결정일부터 7일
- 해지환급금 : 청구 접수일부터 3영업일
5. 가산이율 적용시 상해·질병 및 비용관련 보통약관 『보험금의 지급절차』 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

자주 발생하는 민원(예시)

○ 해지환급금 과소

- 민원 : 홍길동 계약자는 계약 후 1년경과 후에 계약을 해지하였는데, 해지환급금이 납입한 보험료보다 적어 이에 대한 불만을 제기
- 해설 : 보험계약은 은행의 예적금과 달리 납입한 보험료 중 일부는 보험회사의 운영경비로 사용되고 또 다른 일부는 다른 피보험자의 보험금 재원으로 사용되므로 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

○ 중도인출시 만기환급금 또는 해지환급금 과소

- 민원 : 홍길동 계약자는 보험가입 후 5년이 경과하여 중도인출을 일부 실시하였고, 이후 만기가 도래하여 만기환급금을 수령하였을 때 환급금이 적은 것에 대한 불만 제기
- 해설 : 중도인출은 기본계약 적립부분 해지환급금에서 인출하게 되는 금액으로 중도인출 받은 금액만큼 차감한 후 적립됩니다. 따라서 중도인출을 한 번도 실시하지 않은 경우와 비교하여 만기환급금(또는 해지환급금)은 차이가 발생하게 됩니다.

○ 적립부분 해지환급금 및 만기환급금 변동 관련

- 민원 : 홍길동 계약자는 가입당시 만기환급율을 99%로 설계하였으나, 실제 만기시 환급율이 88%로 감소됨에 따른 불만 제기
- 해설 : 적립부분 적용이율이 공시이율에 연동되는 경우(금리연동형) 공시이율을 적용하여 적립부분 책임준비금을 적립하게 됩니다. 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리 등에 연동되어 변동될 수 있으므로, 만기환급금의 재원인 적립부분 책임준비금은 변동될 수 있습니다.

○ 피보험자의 직업, 직무변경

- 민원 : 홍길동 피보험자는 일반 사무직으로 근무하던 중 보험을 가입하고 몇 년 후 직업을 변경하여 오토바이 배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 보험회사에 알리지 않았고, 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적은 것에 대해 불만 제기
- 해설 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

○ 실손의료비 한방 비급여 면책

- 민원 : 홍길동 계약자는 치료목적으로 한의원에서 치료를 받고 실손의료비 특별약관 보험금을 청구하였으나, 비급여부분이 보상되지 않는 것에 대한 불만 제기
- 해설 : 실손의료비 특별약관의 “보상하지 않는 사항”에 따라 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

보험용어 해설

○ **보험약관 :** 보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권 :** 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서

○ **보험료**
1) 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 보험료
2) 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 정해진 사업비를 공제한 후의 금액

○ **보험금 :** 피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기, 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ **보험가입금액 :** 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ **해지환급금 :** 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

○ **보장개시일 :** 회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

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

○ **보험기간 :** 계약에 따라 보장을 받는 기간

가입자 유의사항

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

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

○ **부활(효력회복)**
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 15세미만 피보험자인 경우는 부활일을 암보장개시일로 합니다.

○ **상해 및 질병관련 보장**
- 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.

○ **재물 및 배상책임 관련 보장**
- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다. 또한 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ **갱신형 보장**

- 회사는 갱신형보장의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신될 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.
- 갱신시에는 보험나이 증가, 기초율(적용이율,계약체결비용,계약관리비용, 위험률) 및 의료수가(실손의료비를 보장하는 보험에 한함) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신형보장은 계약자가 약관에서 정하는 조건을 충족하고 해당보장이 종료되는 날의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당보장의 만기일의 다음날 갱신 됩니다.
- 갱신형보장을 가입한 경우, 보통약관의 보험료 납입이 완료되었다 하더라도 갱신형보장의 보험기간이 만료되지 않은 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 해당 갱신형보장의 보험료를 계속 납입해야합니다.
- 갱신형보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 해지환급금은 공시이율 및 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ **암 관련 보장**

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다.
- 90일이 지난 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.
- 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비 보장에서 제외됩니다.

○ **특정질병 관련 보장**

- 암보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만을 보험금 지급대상으로 하므로, 관련 질병이 무엇인지 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ **수술 관련 보장**

- 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 보장**

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

○ **상해 관련 보장**

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

○ 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 계약에 관한 사항

가. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아님에 따라 아래와 같은 경우가 발생되는 경우 회사의 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있음.

1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

나. 회사는 가.에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알림.

다. 가.에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내함.

라. 회사는 가.에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출기초율을 재산출할 수 있으며 다음과 같이 적용함.

: 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출기초율을 적용할 수 있으며, 이미 체결한 계약에 대하여 보험료 또는 보험금이 변경될 수 있음.

마. 가.에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않음.

○ 재물손해, 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.

○ 태아보험

- 피보험자가 출생전 자녀(태아)인 경우 출생시 피보험자로 합니다.
- 자녀(태아)가 복수로 출생한 경우 보험계약자는 출생아 각각을 피보험자로 지정할 수 있습니다.

○ 실손의료보험

- 실손의료보험의 보상내용

• 기본형 실손의료보험(노후실손의료보험 제외)

회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 총 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

단, 기본형 실손의료보험에서는 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료, 주사료, 자기공명영상진단으로 인하여 발생한 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

• **특약형 실손의료보험(노후실손의료보험 제외)**

보장종목	보상하는 내용
비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여[주)]「도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료」를 받은 경우에 보상
비급여 주사료	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여[주)]에 해당하는 주사료를 부담하는 경우에 보상
비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여[주)] 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

• **노후실손의료보험**

회사가 판매하는 노후실손의료보험상품은 다음과 같이 노후실손의료비(상해형), 노후실손의료비(질병형), 요양병원실손의료비, 상급병실료차액보장으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
노후실손의료비(상해형)	피보험자가 상해로 인하여 병원(요양병원 및 조산원 제외)에 입원 또는 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
노후실손의료비(질병형)	피보험자가 질병으로 인하여 병원(요양병원 및 조산원 제외)에 입원 또는 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
요양병원 실손의료비(통합형)	피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 요양병원에 입원 또는 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
상급병실료차액보장(통합형)	피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 상급병실에 입원하여 치료를 받은 경우 상급병실료 차액의 50%를 보상

- 실손의료보험의 자동갱신 및 보험료 변동

실손의료보험은 위험률에 따라 매년 보험료가 변동되는 상품입니다. 회사는 보험료 변경주기 만료 15일 전까지 변경된 보험료를 안내합니다. 계약자가 보험료 변경주기 만료일의 전일까지 보험료 변경에 대한 별도의 의사표시(갱신거절 및 계약해지 등)를 하지 않으면 계약은 자동으로 유지됩니다.

- 실손의료보험의 비례보상

실손의료보험은 실제 의료비를 보상하는 상품으로서 2개 이상의 보험에 가입하더라도 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 비례보상되므로 유사한 보험가입 여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.(여러 개의 보험에 중복가입하는 경우 불필요하게 보험료를 추가로 납입하는 결과를 초래합니다.)

- 실손의료보험의 자기부담금 공제

실손의료보험은 건강보험의 본인부담금 및 비급여 의료비를 보상하는 상품으로, 보상대상 의료비에 대해 일정율 또는 일정금액의 자기부담금을 제외하고 보험금을 지급합니다.

- **실손의료보험의 재가입**

  가) 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기(최대 15년) 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 재가입할 수 있습니다.

  (1) 재가입일에 있어서 피보험자의 나이는 99세 이내로 하고 갱신종료나이는 100세 이내로 함. 다만, 재가입 시점에 회사가 정한 나이가 100세 이상, 갱신종료나이가 101세이상으로 될 경우에는 그를 따름.

  (2) 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

  나) 위 가) 에도 불구하고 자동갱신 및 재가입을 통해 보장받을 수 있는 최대 기간은 보통약관 계약의 보험기간 종료일과 실손의료보험의 갱신종료나이에 해당하는 보험기간 종료일 중 적은기간까지로 합니다.

  다) 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있으며, 회사는 이를 거절 할 수 없습니다.

- **노후실손의료보험의 재가입**

  가) 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기(최대3년) 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 재가입할 수 있습니다.

  (1) 재가입일에 있어서 피보험자의 나이는 99세 이내로 하고 갱신종료나이는 100세 이내로 함. 다만, 재가입 시점에 회사가 정한 나이가 100세 이상, 갱신종료나이가 101세이상으로 될 경우에는 그를 따름.

  (2) 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

  나) 위 가) 에도 불구하고 자동갱신 및 재가입을 통해 보장받을 수 있는 최대 기간은 보통약관 계약의 보험기간 종료일과 노후실손의료보험의 갱신종료나이에 해당하는 보험기간 종료일 중 적은기간까지로 합니다.

  다) 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 노후실손의료보험 상품에서 선택하여 가입할 수 있으며, 회사는 이를 거절 할 수 없습니다.

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

주요내용 요약서

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

2. 청약철회
계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있고, 이 경우 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약, 전문보험계약자가 체결한 계약 또는 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소
계약자가 청약을 할 때에 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명을 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효
1) 신체 관련

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우.
- 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

2) 재물관련

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

5. 계약의 소멸
1) 신체 관련

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

2) 재물 관련(비례보상)

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

3) 재물 관련(실손보상)

사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함) 이상인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항
계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년 미만인 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.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)
보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 중도인출
계약일로부터 약관에서 정한 일정기간 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액 중 약관에서 정한 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 약관에서 정한 횟수로 제한됩니다.

9. 계약 전 · 후 알릴 의무

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

2) 계약 후 알릴의무 : 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

- 피보험자가 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.

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

10. 보험금의 지급절차

1) 신체 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율에 지연기간에 따른 가산이율(『보험금 등 지급시의 적립이율 안내』 참조)을 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

2) 배상책임 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율에 지연기간에 따른 가산이율(『보험금 등 지급시의 적립이율 안내』 참조)을 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

3) 재산손해 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율에 지연기간에 따른 가산이율(『보험금 등 지급시의 적립이율 안내』 참조)을 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

11. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보 통 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 상해, 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자
     - 상해, 질병 및 비용손해 보장 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다. 그리고 만기환급금 지급시기에 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 피보험자
     - 상해,질병 및 비용손해 보장 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
     - 재물손해 보장 : 보험사고로 인하여 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
     - 배상책임 보장 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
   - 바. 보험의 목적: 이 약관에 따라 보험에 가입한 물건으로 보험증권에 기재된 건물 등을 말합니다.

2. 지급사유 및 보상 관련용어
   - 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   - 나. 장해: 【별표】 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
   - 라. 보험가입금액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금을 말합니다.
   - 마. 보험가액: 재산보험에 있어 피보험 이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다.(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다.)
   - 바. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
   - 사. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
   - 아. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
   - 자. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
   - 차. 보상한도액: 배상책임에 있어 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
   - 카. 한국표준질병·사인분류: 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)를 말하며, 제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 해당 질병(항목)이외의 추가로 이에

해당하는 질병(항목)이 있는 경우에는 그 질병(항목)도 포함하는 것으로 합니다.

【한국표준질병·사인분류 부호 체계】
질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.
- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.5%입니다.
   다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절 보통약관의 보장조항을 따릅니다.

제4조(보장보험료 납입면제)
① 회사는 피보험자가 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 보험료 납입기간 중 상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하『일반상해80%이상후유장해』라 합니다)가 되었을 때
2. 보험료 납입기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하『질병80%이상후유장해』라 합니다.)가 되었을 때

② 제1항 제1호에서 정한 "일반상해80%이상후유장해"의 경우는 "의무부가관련 특별약관 2. 일반상해80%이상후유장해 특별약관" 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제7항을 따릅니다.
③ 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"의 경우는 "의무부가관련 특별약관 3. 질병80%이상후유장해 특별약관" 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제11항을 따릅니다.
④ 제1항에도 불구하고 차회 이후의 【갱신계약】 특별약관에 해당하는 보장보험료는 보장보험료 납입면제에서 제외되며, 차회 이후의 적립보험료 납입은 중지됩니다.
⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제2절 보통약관의 보장조항을 따릅니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보장 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 보장 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

제7조(보험금 지급사유의 통지)

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

제8조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제9조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

2 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

4 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다

음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【별표-1】 참조) 에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제10조(만기환급금의 지급)

1 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.

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

3 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【별표-1】 참조)에 따릅니다.

4 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일부터 이 보험의 「보장성-1701 공시이율」(이하 『공시이율』 이라 합니다)을 연단위 복리로 적립한 금액(적립한 금액에서 중도인출액이 있었던 경우에는 그 원금과 이자 합계액을 차감하여 계산한 금액)을 만기환급금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 계약자)에게 지급합니다.

【용어풀이】
적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 차감한 보험료
보험료납입일 : 보험료가 회사에 입금된 날

5 제4항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 바에 따라 아래와 같이 결정합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용합니다.

1. 『보장성-1701 공시이율』은 매월 마지막날 회사가 정한 이율로 하며, 다음달 1일부터 마지막날까지 1개월간 확정 적용합니다.
2. 회사는 외부지표금리와 운용자산이익률을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 적용하여 「보장성-1701 공시이율」을 결정합니다.
3. 「보장성-1701 공시이율」의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%를 적용합니다.
4. 세부적인 「보장성-1701 공시이율」의 운용방법은 회사에서 별도로 정한 “「보장성-1701 공시이율」 적용에 관한 지침”을 따릅니다.

6 회사는 제4항 및 제5항의 『보장성-1701 공시이율』 및 산출방법 등을 회사의 인터넷홈페이지 등에 매월 공시합니다.

7 계약자가 제37조(중도인출)에서 정한 방법에 따라 중도인출시 인출금액 및 만기환급금의 지급 시점까지 인출금액에 적립되었을 이자만큼 만기환급금이 감소합니다.

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

【최저보증이율】
운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.1%인 경우(최저보증이율은 0.3%일 경우), 적립금은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

【사업방법서】
보험회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단

위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제10조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

제14조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자를 1명을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 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 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원 : 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원 : 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 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 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

3 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

4 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 『변경전 요율』이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 『변경후 요율』이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 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 피보험자가 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 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

⑧ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(특약)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 보험의 목적 및 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 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 않습니다.

제20조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 『보험계약대출이율』을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

【전문보험계약자】

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

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 “보험계약대출”이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 “보험계약대출이율”이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

2 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

【자필서명】
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

제22조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자】
심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

【심신박약자】
심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료(적립보험료를 포함합니다), 배상책임의 경우 보상한도액 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】
계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액 또는 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다. 또한, 계약자가 보험수익자 변경권을 행사하지 않고 사망한 경우, 최초 지정된 보험수익자(별도의 지정이 없는 경우 사망보험금은 피보험자의 법정상속인, 사망보험금 이외는 피보험자로 합니다)의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 경우 그 승계인이 보험수익자 변경에 관한 권리를 행사할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

⑦ 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
⑧ 제1항에 따라 보험료 등의 감액 또는 증액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제24조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일
⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 30세

【계약해당일】
최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.
예시) 계약일: 2018년 10월 1일 => 계약해당일: 10월 1일
계약일: 2020년 2월 29일 => 계약해당일: 2월 말일

제25조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금(적립한 금액에서 중도인출액이 있었던 경우에는 그 원금과 이자 합계액을 차감한 후의 금액)을 계약자에게 지급합니다.

【사망에 관한 세부규정】
이 보험에서 정하는 사망은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 제1항의 보험료는 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금의 지급에 필요한 보험료(이하 『보장보험료』라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 『적립보험료』라 합니다)로 구성됩니다.(이하 『보장보험료』와 『적립보험료』를 합하여 『보험료』라 합니다)

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약 의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함)등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.

④ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑤ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른

해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 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 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

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

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

【강제집행】
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

【담보권실행】
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

【국세 및 지방세 체납처분 절차】
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시

킨 경우

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

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

2 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표-1】 참조)에 따릅니다.

3 계약자가 제37조(중도인출)에서 정한 방법에 따라 중도인출시 인출금액 및 해지환급금의 지급 시점까지 인출금액에 적립되었을 이자만큼 해지환급금이 감소합니다.

4 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 『보험계약대출』이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(중도인출)

1 계약자는 계약일로부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에 따라 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액(적립한 금액에서 이 계약에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80% 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 중도인출을 할 수 있습니다. 단, 중도인출은 보험기간 내에 한하며, 매 보험년도마다 12회에 한합니다.

2 제1항의 중도인출의 총 누적액은 중도인출을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다.

【보험년도】

당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 8월 15일인 경우 보험년도 기준 매1년은 당해연도 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지입니다.

【중도인출금의 한도 예시】

중도인출 시점에 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에 의해 산출된 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은금액이 100만원인 경우

⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 10만원으로 가정)
중도인출 가능액 = 80만원(총 중도인출 가능액) - 10만원 = 70만원

제38조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 지정대리청구에 관한 사항

제39조(적용대상)

이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제40조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 2년 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제41조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제39조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제41조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제42조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차)

① 지정대리청구인은 제42조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제39조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8관 분쟁의 조정 등

제44조(분쟁의 조정)

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

제45조(관할법원)

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

제46조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2018년 9월 1일에 발생하였음에도 2021년 9월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제47조(약관의 해석)

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 및 보상하지 않는 손해 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제48조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다.

제49조(회사의 손해배상책임)

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

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제50조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

【개인정보보호법】

- 제17조(개인정보의 제공) : 회사는 계약자 등의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 계약자 등에게 알려야 하며, 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
  1. 개인정보를 제공받는 자
  2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률】

- 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항 : 회사가 개인의 질병에 관한 정보를 수집하거나 타인에게 제공하는 경우 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령이 정하는 목적으로만 그 정보를 이용해야 한다.
- 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) : 회사가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우 다음 각 호 중 하나의 방식으로 미리 동의를 얻어야 한다.
  1. 서면
  2. 전자서명법에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서
  3. 유무선통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
  4. 유무선통신으로 동의 내용을 알리고 동의를 받는 방법
  5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

제51조(준거법)

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

제52조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

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

제2절 보통약관의 보장조항

1. 일반상해후유장해(3~100%)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 보장의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 협의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

> ※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원 : 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

제3조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다.

2. 일반상해사망

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) "사망"에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보장의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다.

【별표】

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 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) 『치유된 후』라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

『신체부위』라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

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 이상이 지난 뒤 그 장해정도를 평가한다.
5) 『안구의 뚜렷한 운동장해』라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 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 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 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 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 『뚜렷한 추상(추한 모습)』으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 『약간의 추상(추한 모습)』으로 지급률을 가산한다.
11) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) 『한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) 『심한 장해를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) 『약간의 장해를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 『언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 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(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 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 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 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
6) 『말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) 『말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) 『치아의 결손』이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 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 붙였다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 『외모』란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) 『추상(추한 모습)장해』라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) 『추상(추한 모습)을 남긴 때』라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 10㎝ 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   ③ 지름 5㎝ 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/20이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 5㎝ 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   ③ 지름 2㎝ 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/40이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

『손바닥 크기』라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8× 10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6× 8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4× 6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)으로 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 동일한 부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
   척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
   ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
   척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상) 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상) 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

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 동일한 부위로 한다.

2) 『골반뼈의 뚜렷한 기형』 이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우

3)『빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때』라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 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 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.

3) 『팔』이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) 『팔의 3대관절』이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) 『한 팔의 손목이상을 잃었을 때』라 함은 손목관절부터 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 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 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 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5㎝ 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 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 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 않는다.
3) 『다리』라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
4) 『다리의 3대 관절』이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) 『한 다리의 발목이상을 잃었을 때』라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및

동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) 『영구적 신체장해 평가지침』의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) 『기능을 완전히 잃었을 때』라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 『0등급(Zero)』인 경우

나) 『심한 장해』라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 『1등급(Trace)』인 경우

다) 『뚜렷한 장해』라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 『약간의 장해』라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) 『가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 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 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 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(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개 손가락 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(손가락 하나 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) 『손가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) 『손가락뼈 일부를 잃었을 때』라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네

손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼛조각이 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 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 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(발가락 하나마다)	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(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 『발가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 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 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 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 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.

5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때

2) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

3) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 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 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 『<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표』에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① 『신경계에 장해를 남긴 때』라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 『<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 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 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 위의 정신행동장해지급률에 미치지 않는 장해는 『<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표』에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신건강의학과나 신경과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정이나 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신건강의학과나 신경과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 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 개호인(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① 『치매』라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장해로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

① 『간질』이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② 『심한 간질 발작』이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ 『뚜렷한 간질 발작』이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ 『약간의 간질 발작』이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ 『중증발작』이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ 『경증발작』이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙 임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유 형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 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%)
배변배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)

유 형	제한정도에 따른 지급률
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표-1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	적립기간	적립이율
보장보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

4. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

특 별 약 관

의무부가관련 특별약관

1. 일반상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 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 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

2. 질병80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
4 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
5 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
7 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.
8 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
9 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
10 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.
11 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

상해관련 특별약관

1-1. 일반상해후유장해(20~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 20~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(20~100%)보험금으로 보험수익자(수익자의 지정

이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 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 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-2. 일반상해50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 일반상해50%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 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 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
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 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-3. 교통상해사망후유장해(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 교통상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중 교통상해로 장해분류표(【별표】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때』에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해 80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
3. 이 특별약관의 보험기간 중 교통상해로 장해분류표에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 교통상해후유장해(3~79%)보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
3. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

3 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자

동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.
④ 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

⑤ 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
⑥ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
⑦ 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 “사망”에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.
⑩ 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-4. 교통상해사망후유장해(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 교통상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중 교통상해로 장해분류표(【별표】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때』에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
3. 이 특별약관의 보험기간 중 교통상해로 장해분류표에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 교통상해후유장해(3~79%)보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

③ 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상

보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.
4 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계
5 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
7 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 "사망"에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
3 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
4 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.
5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
6 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
9 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.
10 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-5. 교통상해50%이상후유장해(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해50%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
3. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

③ 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

④ 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
7 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-6. 교통상해50%이상후유장해(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해50%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

③ 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

④ 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

⑤ 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑥ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

⑦ 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장

개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-7. 교통상해80%이상후유장해(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표】참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
3. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

③ 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

④ 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

⑤ 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑥ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

⑦ 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계,

제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   - 가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   - 나. 하역작업
   - 다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   - 라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-8. 교통상해80%이상후유장해(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항에서 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

3 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

7 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때

에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-9. 대중교통이용중교통상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 대중교통이용중교통상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

② 제1항에서 대중교통상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고

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

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

④ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망" 에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대

해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

② 제1항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다.)

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대중교통이용중교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-10. 대중교통이용중교통상해50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 대중교통이용중교통상해50%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자가 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 『대중교통상해』라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『대중교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고

③ 제2항에서 『대중교통수단』이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

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

④ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   - 가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   - 나. 하역작업
   - 다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   - 라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

2 제1항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트 포함)
4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-11. 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자가 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 『대중교통상해』라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『대중교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고

③ 제2항에서 『대중교통수단』이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

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

④ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위

가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
나. 하역작업
다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

2 제1항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트 포함)
4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-12. 항공기이용중상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 항공기이용중상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 항공기이용중상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 항공기이용중상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 항공기 탑승중 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 교통수단에 탑승하는 동안 일어난 사고

3 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) "사망"에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항공기이용중상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-13. 항공기이용중상해50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 항공기이용중상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 항공기이용중상해50%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
2 제1항에서 항공기이용중상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 항공기 탑승중 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 교통수단에 탑승하는 동안 일어난 사고

3 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-14. 항공기이용중상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 항공기이용중상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 항공기이용중상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 항공기이용중상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 항공기 탑승중 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 교통수단에 탑승하는 동안 일어난 사고

③ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-15. 특정여가활동중상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정여가활동중상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 특정여가활동중상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

② 제1항의 『특정여가활동중상해』라 함은 보험기간 중에 아래에 정한 행위를 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설. 단 주택은 제외합니다. 이하 같습니다)내에서 하는 동안. 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동을 하는 동안
   - 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅
2. 게이트볼(시합 또는 5인 이상이 연습하는 경우에 한합니다)을 하는 동안
3. 낚시(직업적인 물고기 잡이는 제외합니다)를 하는 동안
4. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안
   단, 대상이 되는 시설은 시설 내에 관리인이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며, 이 시설이 무료 개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.
   가. 영화관, 콘서트홀, 스포츠관람시설, 극장, 연예장 등의 시설(영화, 음악, 스포츠, 연극, 연예 또는 구경거리를 감상, 관람하기 위한 시설을 말하며, 유흥접객업소는 제외합니다)
   나. 유원지, 레저랜드 또는 동물원, 식물원, 미술관, 박물관 기타 이와 유사한 시설
5. 숙박을 동반한 여행목적을 갖고 보험증권에 기재된 주소지를 출발하여 해당 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안
   단, 업무출장 및 업무 목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

③ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망" 에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정여가활동중상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-16. 특정여가활동중상해50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정여가활동중상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 특정여가활동중상해50%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 『특정여가활동중상해』라 함은 보험기간 중에 아래에 정한 행위를 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설. 단 주택은 제외합니다. 이하 같습니다)내에서 하는 동안. 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동을 하는 동안
   - 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅
2. 게이트볼(시합 또는 5인 이상이 연습하는 경우에 한합니다)을 하는 동안
3. 낚시(직업적인 물고기 잡이는 제외합니다)를 하는 동안
4. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안
   단, 대상이 되는 시설은 시설 내에 관리인이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며, 이 시설이 무료 개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.
   가. 영화관, 콘서트홀, 스포츠관람시설, 극장, 연예장 등의 시설(영화, 음악, 스포츠, 연극, 연예 또는 구경거리를 감상, 관람하기 위한 시설을 말하며, 유흥접객업소는 제외합니다)
   나. 유원지, 레저랜드 또는 동물원, 식물원, 미술관, 박물관 기타 이와 유사한 시설
5. 숙박을 동반한 여행목적을 갖고 보험증권에 기재된 주소지를 출발하여 해당 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안
   단, 업무출장 및 업무 목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

③ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에

또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-17. 특정여가활동중상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정여가활동중상해로 장해분류표(【별표】참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 특정여가활동중상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 『특정여가활동중상해』라 함은 보험기간 중에 아래에 정한 행위를 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설. 단 주택은 제외합니다. 이하 같습니다)내에서 하는 동안. 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동을 하는 동안
   - 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅
2. 게이트볼(시합 또는 5인 이상이 연습하는 경우에 한합니다)을 하는 동안
3. 낚시(직업적인 물고기 잡이는 제외합니다)를 하는 동안
4. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안
   단, 대상이 되는 시설은 시설 내에 관리인이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며, 이 시설이 무료 개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.
   가. 영화관, 콘서트홀, 스포츠관람시설, 극장, 연예장 등의 시설(영화, 음악, 스포츠, 연극, 연예 또는 구경거리를 감상, 관람하기 위한 시설을 말하며, 유흥접객업소는 제외합니다)
   나. 유원지, 레저랜드 또는 동물원, 식물원, 미술관, 박물관 기타 이와 유사한 시설
5. 숙박을 동반한 여행목적을 갖고 보험증권에 기재된 주소지를 출발하여 해당 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안
   단, 업무출장 및 업무 목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

③ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-18. 스포츠활동중상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 스포츠활동중상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 스포츠활동중상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

2 제1항의 『스포츠활동중상해』라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 등산, 스키, 하키, 마술(馬術), 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기
3. 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

3 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망"에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 스포츠활동중상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-19. 스포츠활동중상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 스포츠활동중상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항의 『스포츠활동중상해』라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 등산, 스키, 하키, 마술(馬術), 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기
3. 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

3 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또

는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-20. 골프중상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 『골프중』 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 골프중상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

2 제1항에서 『골프중』이라 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)를 하는 동안을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망" 에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사

가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 골프중상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-21. 골프중상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 『골프중』 상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 골프중상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항에서 『골프중』이라 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)를 하는 동안을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-22. 자전거탑승중상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 자전거탑승중 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 자전거탑승중 상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

② 제1항에서 "자전거탑승중"이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조 제17항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.

④ 제2항에서 "자전거 운전중"이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망"에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   - 가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함함)
   - 나. 하역작업
   - 다. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   - 라. 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자전거탑승중상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을

경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-23. 자전거탑승중상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 자전거탑승중 상해로 「장해분류표」(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때는 이 특별약관의 보험가입금액을 자전거탑승중 상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항에서 "자전거탑승중"이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항에서 자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조 제17항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.

4 제2항에서 "자전거 운전중"이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업

다. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
라. 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-24. 추락상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 추락사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 추락상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

② 제1항에서 『추락사고』라 함은 제7차 한국표준질병사인분류표에 정한 기타 외인에 의한 불의의 손상 중 【별표】(추락사고분류표)에서 정한 사고를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망"에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 피보험자가 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 인한 추락사고
3. 화재로 인한 추락사고
4. 추락사고 중 익사사고

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 추락상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을

계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

추락사고분류표

약관에 규정하는 추락사고는 제7차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다

대상이 되는 항목	분류번호
1. 얼음 또는 눈에 의한 동일 면상에서의 넘어짐	W00
2. 미끄러짐, 걸림 및 헛디딤에 의한 동일 면상에서의 넘어짐	W01
3. 스케이트, 스키, 롤러-스케이트 또는 스케이트보드에 의한 넘어짐	W02
4. 타인과 충돌이나 타인의 밀치기에 의한 동일 면상에서의 기타 낙상	W03
5. 타인에 의한 운반이나 부축을 받는 동안 낙상	W04
6. 휠체어가 관여된 낙상	W05
7. 침대가 관여된 낙상	W06
8. 의자가 관여된 낙상	W07
9. 기타 가구가 관여된 낙상	W08
10. 운동장비가 관여된 낙상	W09
11. 계단에서의 낙상	W10
12. 사다리에서의 낙상	W11
13. 비계발판에서의 낙상	W12
14. 빌딩 또는 구조물에서의 낙상	W13
15. 나무에서의 낙상	W14
16. 절벽에서의 낙상	W15
17. 익사 및 익수 이외 손상의 원인인 물로 다이빙 또는 뛰어듬	W16
18. 기타 한 면에서 다른 면으로 넘어짐	W17
19. 기타 동일면상에서의 넘어짐	W18
20. 상세불명의 낙상	W19

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

1-25. 추락상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 추락사고로 장해분류표(【별표】참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 추락상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항에서 『추락사고』라 함은 제7차 한국표준질병사인분류표에 정한 기타 외인에 의한 불의의 손상 중 【별표1】(추락사고분류표)에서 정한 사고를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원

소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 피보험자가 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 인한 추락사고
3. 화재로 인한 추락사고
4. 추락사고 중 익사사고

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

【별표1】(추락사고분류표) - 추락상해사망 특별약관 별표 참조

1-26. 익사사고사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 익사사고로 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 익사사고사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 익사사고라 함은 피보험자가 수영중 또는 다이빙중에 사망하는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다 등에 빠져 사망하는 사고를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망" 에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 익사사고사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-27. 팔및손가락후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 어깨부위 이하가 절단되었거나 어깨부위, 팔꿈치, 손목 및 손가락에 관절운동장해가 발생하는 경우 장해분류표(【별표】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 팔및손가락후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 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 해당

하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-28. 상해흉터복원수술비II(안면부) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래와 같이 최대 수술길이에 따라 상해흉터복원수술비II(안면부)를 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

구 분	지급금액
안면부(5㎝이상~ 10㎝미만)	가입금액의 60%
안면부(10㎝이상)	가입금액의 100%

2 제1항에서 정한 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
3 제1항의 최대 수술길이란 하나의 독립된 반흔(흉터)의 최대 길이를 기준으로 하며, 길이측정이 불가한 식피술(피부이식수술)등의 경우에는 반흔(흉터)을 벗어나지 않는 범위에서 측정한 최대 직선길이로 합니다.
4 제1항의 『성형수술』은 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해흉터복원수술비II(안면부)는 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-29. 상해흉터복원수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 하나의 사고에 대하여 500만원한도로 지급합니다.

(보험가입금액 7만원 고정)

구분	안면부	상지·하지
상해흉터복원 수술비	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3㎝이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술㎝는 최장직경으로 함

2 제1항에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

3 제1항의 『성형수술』은 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 상해흉터복원수술비는 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-30. 상해입원일당(1일이상)II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
2 제1항의 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상해입원일당을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 제1항의 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-31. 상해중환자실입원일당(1일이상)II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원일당으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

③ 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표】 참조. 이하 같습니다)을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상해중환자실입원일당을 계속 지급합니다.

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

④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

[의료법 시행규칙 별표 4]
의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이 상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실,청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기,제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

1-32. 일반상해수술입원일당(20일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 아래 각 호에 모두 해당되는 경우(이하, 『수술입원』이라 합니다)에는 『수술』일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술입원일당으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

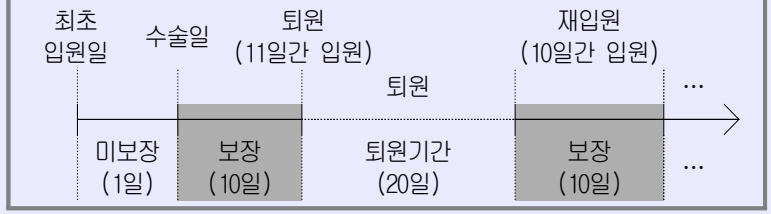
1. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.
4. 상기 『수술』은 같은 상해로 두 종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

② 제1항의 일반상해수술입원일당 지급일수는 1회 『수술입원』당 『수술』일로부터 20일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 일반상해수술입원일당은『수술』 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 『수술입원』으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

[보상예시] 동일한 상해로 11일간 수술입원, 퇴원 후 10일간 재입원 시

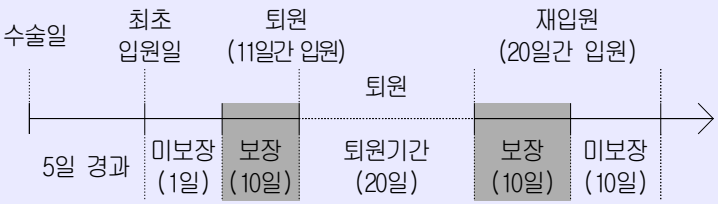


② 피보험자가 보장개시일이후 『수술입원』하여 치료를 받던 중에 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 일반상해수술입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에

는 회사는 일반상해수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 최초의 『수술입원』 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 『수술입원』한 것으로 보아 제1항에 따라 각 입원일수를 더합니다.
5 『수술』이 입원기간동안 시행되지 않은 경우 『수술』은 동일한 상해의 치료를 목적으로 하는 최초 입원일 2일째 날에 시행된 것으로 간주합니다.

[보상예시] 『수술』하고 5일 경과 후 동일한 상해 치료를 위해 11일 입원, 퇴원 후 20일간 재입원시



6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 제1항의 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-33. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 **【별표】**(골절분류표Ⅱ)에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

골절분류표 Ⅱ

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

1-34. 5대골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표】(5대골절분류표)에서 정한 5대 골절로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 5대골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

5대골절분류표

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

1-35. 교통상해골절진단비(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 【별표】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해골절진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

② 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
3. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

③ 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

④ 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

⑤ 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑥ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

⑦ 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해골절진단비는 같은 교통상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 교통상해골절진단비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만,

이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

골절분류표

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

1-36. 교통상해골절진단비(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 【별표】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해골절진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

② 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

③ 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

④ 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

⑤ 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑥ 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

⑦ 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭

적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해골절진단비는 같은 교통상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 교통상해골절진단비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(골절분류표) - 교통상해골절진단비(자가용,영업용) 특별약관 별표 참조

1-37. 교통상해5대골절진단비(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 【별표】(5대골절분류표)에서 정한 5대골절로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해5대골절진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

② 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
3. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

③ 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

④ 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

⑤ 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한

상태에 있는 것을 말합니다.
6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
7 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해5대골절진단비는 같은 교통상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 교통상해5대골절진단비를 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(5대골절분류표) - 5대골절진단비 특별약관 별표 참조

1-38. 교통상해5대골절진단비(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 【별표】(5대골절분류표)에서 정한 5대골절로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해5대골절진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.
2 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

3 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.
4 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외

한 건설기계 및 농업기계

5 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

7 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해5대골절진단비는 같은 교통상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 교통상해5대골절진단비를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(5대골절분류표) - 5대골절진단비 특별약관 별표 참조

1-39. 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표】(화상분류표)에서 정한 화상으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

2 제1항의 화상이라 함은 『한국표준질병사인분류』에 의하여 【별표】(화상분류표)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 화상진단비는 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

화상분류표

약관에 규정하는 화상은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
1) 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
2) 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
3) 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
4) 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
5) 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
6) 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
7) 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
8) 기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
9) 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
10) 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
11) 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
12) 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13) 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T32
14) 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

1-40. 골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 골절수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(골절분류표) - 교통상해골절진단비(자가용,영업용) 특별약관 별표 참조

1-41. 5대골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표】(5대골절분류표)에서 정한 5대 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적

으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 5대골절수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(5대골절분류표) - 5대골절진단비 특별약관 별표 참조

1-42. 교통상해골절수술비(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 【별표】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해골절수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

② 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합

니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
3. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

3 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

7 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해골절수술비는 같은 교통상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 교통상해골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 교통상해골절수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
4. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(골절분류표) - 교통상해골절진단비(자가용,영업용) 특별약관 별표 참조

1-43. 교통상해골절수술비(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 【별표】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해골절수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

2 제1항의『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.
1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

3 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

7 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해골절수술비는 같은 교통상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 교통상해골절수술을 받거나 같은 종류의 수술

을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 교통상해골절수술비만 지급합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
4. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(골절분류표) - 교통상해골절진단비(자가용,영업용) 특별약관 별표 참조

1-44. 교통상해5대골절수술비(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 【별표】(5대골절분류표)에서 정한 5대골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해5대골절수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.
② 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합

니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
3. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

3 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

7 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해5대골절수술비는 같은 교통상해로 인하여 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 교통상해5대골절수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
4. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(5대골절분류표) - 5대골절진단비 특별약관 별표 참조

1-45. 교통상해5대골절수술비(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 【별표】(5대골절분류표)에서 정한 5대골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해5대골절수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

2 제1항의 『교통상해』라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 『교통사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.
1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

3 제2항에서 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제2항의 『기타교통수단』이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제2항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제2항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

⑦ 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해5대골절수술비는 같은 교통상해로 인하여 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 교통상해5대골절수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
4. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(5대골절분류표) - 5대골절진단비 특별약관 별표 참조

1-46. 상해수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시

이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-47. 자동차사고부상보장(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표】(자동차사고 부상등급표)의 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

상해등급	지급기준	지급금액 예시
1급	부상등급 I 보험가입금액300만원기준	600만원
2 ~ 3급		300만원
4급	부상등급 II 보험가입금액 300만원 기준	300만원
5급		150만원
6급		80만원
7급		40만원
8 ~ 11급		20만원
12 ~ 14급		10만원

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다)
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
3. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)
4. 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

③ 제1항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

④ 제2항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경 시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상 해 내 용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해

상해 급별	상 해 내 용
2급	3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해

상해 급별	상 해 내 용
3급	7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)

상해 급별	상 해 내 용
4급	11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해

상해 급별	상 해 내 용
5급	4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해

상해 급별	상 해 내 용
5급	30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다)

상해 급별	상 해 내 용
6급	21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)

상해 급별	상 해 내 용
7급	14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구

상해 급별	상 해 내 용
8급	14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해

상해 급별	상 해 내 용
9급	15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3㎝ 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3㎝ 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해

상해 급별	상 해 내 용
12급	7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

영역별 세부지침

영역	내 용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다. 나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다. 다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.

영역	내 용
공통	라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다. 마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
두부	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다. 나. 4급 이하에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다. 다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9 ~ 12점, 경도는 13 ~ 15점을 말한다. 라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다. 마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지삽관이 필요한 경우는 제외한다. 바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다. 사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다. 아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다. 자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.

영역		내 용
척추		가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다. 나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다. 다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다. 라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
상·하지	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀 고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다. 나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1㎝ 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다. 다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다. 라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다. 마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다. 바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다. 사. 아절단은 완전 절단에 준한다. 아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다. 자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다. 차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.

영역		내 용
상·하지	공통	카. 사지 관절의 인공관절 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다. 타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다. 파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다. 하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다 거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다. 너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
상지		가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다. 나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다. 다. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다. 라. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다. 마. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다. 바. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다. 사. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다. 아. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.

영역	내 용
상지	자. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다. 나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다. 다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다. 라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다. 마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다. 바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다. 사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다. 아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다. 자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다. 차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 인대 복원수술을 시행하거나 완전 파열에 준하는 파열에 적용한다. 카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

1-48. 자동차사고부상보장(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표】(자동차사고 부상등급표)의 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

상해등급	지급기준	지급금액 예시
1급	부상등급 I 보험가입금액300만원기준	600만원
2 ~ 3급		300만원
4급	부상등급 II 보험가입금액 300만원 기준	300만원
5급		150만원
6급		80만원
7급		40만원
8 ~ 11급		20만원
12 ~ 14급		10만원

1. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)
3. 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

③ 제1항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

④ 제2항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(자동차사고 부상등급표)

- 자동차사고부상보장(자가용,영업용) 특별약관의 별표 참조

1-49. 자동차사고치아보철보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 치아에 상해를 입고 그 직접결과로써 치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고 치아보철치료보장으로 치아 1개당 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다)
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
3. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)
4. 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항에서 치아보철을 필요로 하는 상해라 함은 【별표】(자동차사고 부상등급표) 중 5급 32항, 6급 31항, 7급 26항, 8급 25항, 9급 19항, 10급 9항, 11급 5항, 12급 7항, 13급 4항, 14급 4항에 해당되어 【별표】(자동차사고 부상등급표)의 상해등급을 받은 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 보철치료라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.

④ 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

⑤ 제4항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함함)
   나. 하역작업
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(자동차사고 부상등급표)

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상 해 내 용
5급 32항	23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해
6급 31항	19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
7급 26항	16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
8급 25항	13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
9급 19항	11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
10급 9항	9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
11급 5항	6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
12급 7항	4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
13급 4항	2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
14급 4항	1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해

1-50. 중대한화상및부식진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 제3조(중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)의 정의 및 진단확정)의 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 중대한화상및부식진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)』이라 함은 『9의 법칙(Rule of 9's)』 또는 『룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)』에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, 『9의 법칙』 또는 『룬드와 브라우더 신체 표면적 차트』 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② 『중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)』의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 『중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중대한화상및부식진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-51. 중대한특정상해수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 최초 1회에 한하여 중대한특정상해수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표】(중대한 특정상해 분류표) 참조)을 입은 경우를 말합니다.
3 제1항에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 손상(【별표】(중대한 특정상해 분류표) 참조)을 입은 경우를 말합니다.
4 제1항에서 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”로 보지 않습니다.

1. “개두(開頭)수술” 이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. “개흉(開胸)수술” 이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈),흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. “개복(開腹)수술”이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수(맹장), 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중대한특정상해수술비는 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비를 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해는 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

1-52. 뇌·내장손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 사고일로부터 180일 이내에 아래에 정한 상태에 해당되는 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 뇌·내장손상수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

1. 뇌손상 : 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표】(뇌·내장손상 분류표) 참조)을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술"을 받은 경우
2. 내장손상 : 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 손상(【별표】(뇌·내장손상 분류표) 참조)을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우

② 제1항에서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 뇌·내장손상수술비는 피보험자가 동일한 사고로 인하여 뇌·내장손상수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 뇌·내장손상수술비만을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌·내장손상수술비를 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

뇌·내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌·내장손상은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
뇌손상	1) 두개골 및 안면골의 골절	
	- 두개골원개의 골절	S02.0
	- 두개골저의 골절	S02.1
	- 안와 바닥의 골절	S02.3
	- 두개골 및 안면골을 침범하는 다발 골절	S02.7
	- 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	- 상세불명의 두개골 및 안면골 부분의 골절	S02.9
	2) 두개내손상	
	- 미만성 뇌 손상	S06.2
	- 경막상 출혈	S06.4
	- 외상성 경막하출혈	S06.5
	- 외상성 지주막하 출혈	S06.6
	- 지속적 혼수를 동반한 두개내 손상	S06.7
	- 기타 두개내 손상	S06.8
	- 상세불명의 두개내 손상	S06.9
	3) 머리의 으깸손상	
	- 두개골의 으깸손상	S07.1
	- 기타 머리 부분의 으깸손상	S07.8
	4) 머리 부분의 외상성 절단	
	- 기타 머리 부분의 외상성 절단	S08.8
	5) 머리의 기타 및 상세불명의 손상	
	- 달리 분류되지 않은 머리의 혈관 손상	S09.0
	- 머리의 다발손상	S09.7

대상이 되는 항목		분류번호
	1) 심장의 손상	
	- 혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	- 기타 심장의 손상	S26.8
	- 상세불명의 심장의 손상	S26.9
	2) 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	
	- 폐의 기타손상	S27.3
	- 기관지의 손상	S27.4
	- 흉부기관의 손상	S27.5
	- 흉막의 손상	S27.6
	- 흉곽내 기관의 다발손상	S27.7
	- 기타 명시된 흉곽내 기관의 손상	S27.8
	- 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27.9
내장손상	3) 흉곽의 으깸손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단	S28
	4) 흉곽의 기타 및 상세불명의 손상	S29
	5) 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
	6) 복부내 기관의 손상	
	- 비장의 손상	S36.0
	- 간 또는 담낭의 손상	S36.1
	- 췌장의 손상	S36.2
	- 위의 손상	S36.3
	- 소장의 손상	S36.4
	- 결장의 손상	S36.5
	- 직장의 손상	S36.6
	- 다발성 복강내 기관의 손상	S36.7
	- 기타 복강내 기관의 손상	S36.8

대상이 되는 항목		분류번호
	7) 비뇨 및 골반 기관의 손상	
	- 신장의 손상	S37.0
	- 요관의 손상	S37.1
	- 방광의 손상	S37.2
	- 요도의 손상	S37.3
	- 난소의 손상	S37.4
	- 난관의 손상	S37.5
내장손상	- 자궁의 손상	S37.6
	- 다발성 골반기관의 손상	S37.7
	- 기타 골반기관의 손상	S37.8
	8) 복부, 아래등 및 골반 부분의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
	9) 복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상	
	- 골반기관을 동반한 복부내 기관의 손상	S39.6

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

1-53. 화상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표】(화상분류표)에서 정한 화상으로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 사고시마다 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은 『한국표준질병사인분류』에 의하여 【별표】(화상분류표)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 화상수술비는 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상

수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(화상분류표) - 화상진단비 특별약관 별표 참조

1-54. 일반상해사망가족생활지원금(10년매월지급형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 일반상해사망가족생활지원금(10년매월지급형)으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급시기 및 지급횟수
일반상해사망 가족생활지원금 (10년매월지급형)	이 특별약관의 보험가입금액	매월 지급사유 발생해당일에 10년간 확정지급(120회)

【예시】

총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,200만원	보험가입금액 × 120회	10만원	10만원

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망"에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망가족생활지원금(10년매월지급형)을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

1-55. 일반상해80%이상후유장해생활지원금(10년매월지급형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 일반상해80%이상후유장해생활지원금(10년매월지급형)으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급시기 및 지급횟수
일반상해80%이상 후유장해생활지원금 (10년매월지급형)	이 특별약관의 보험가입금액	매월 지급사유 발생해당일에 10년간 확정지급(120회)

【예시】

총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,200만원	보험가입금액 × 120회	10만원	10만원

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의

마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 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 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

1-56. 일반상해50%이상후유장해생활지원금(10년매월지급형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표】 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 일반상해50%이상후유장해생활지원금(10년매월지급형)으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급시기 및 지급횟수
일반상해50%이상 후유장해생활지원금 (10년매월지급형)	이 특별약관의 보험가입금액	매월 지급사유 발생해당일에 10년간 확정지급(120회)

【예시】

총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,200만원	보험가입금액 × 120회	10만원	10만원

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의

마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 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 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 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 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

질병관련 특별약관

2-1. 시청각질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(시청각질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 『시청각질환』으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 『계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)』에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(시청각질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『시청각질환』이라 함은 【별표】(시청각질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 『시청각질환』의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 『시청각질환』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

> **【신의료기술평가위원회】**
> 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

5 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

> **【용어풀이】**
> 절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
> 절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
> 흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
> 천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

시청각질환 분류표

약관에 규정하는 시청각질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 눈꺼풀,눈물계통 및 안와의 장애	H00~H06
2. 결막의 장애	H10~H13
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
4. 수정체의 장애	H25~H28
5. 맥락막 및 망막의 장애	H30~H36
6. 녹내장	H40~H42
7. 유리체 및 안구의 장애	H43~H45
8. 시신경 및 시각로의 장애	H46~H48
9. 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49~H52
10. 시각 장애 및 실명	H53~H54
11. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55~H59
12. 외이의 질환	H60~H62
13. 중이 및 유돌의 질환	H65~H75
14. 내이의 질환	H80~H83
15. 귀의 기타 장애	H90~H95

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

2-2. 후각특정질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(후각특정질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 『후각특정질환』으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 후각특정질환수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때

에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 단순 코골음
3. 코성형수술(융비술) 등 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

제4조(후각특정질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『후각특정질환』이라 함은 【별표】(후각특정질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 『후각특정질환』의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 『후각특정질환』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

후각특정질환 분류표

약관에 규정하는 후각특정질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 혈관운동성 및 앨러지성 비염	J30
2. 만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
3. 만성부비동염	J32
4. 코폴립	J33
5. 코 및 비동의 기타 장애	J34

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

2-3. 질병입원일당(1일이상) 특별약관

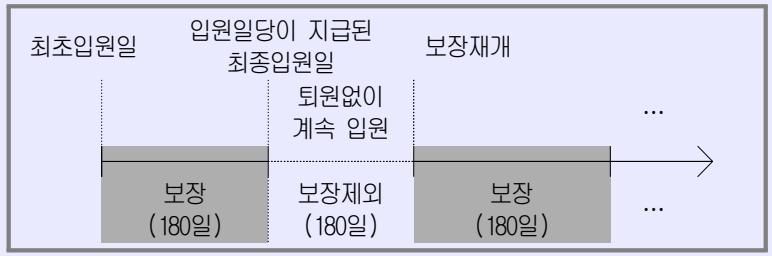
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.

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

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

6 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

7 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

9 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사

또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2-4. 질병중환자실입원일당(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

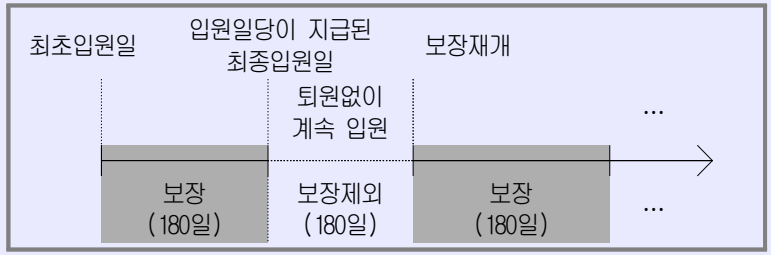
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

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

3 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표】참조. 이하 같습니다)을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병중환자실입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병중환자실입원일당에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병중환자실입원일당을 계속 지급합니다.

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

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

6 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

7 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

9 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따

를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실) - 상해중환자실입원일당(1일이상)II 특별약관의 별표 참조

2-5. 질병수술입원일당(20일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

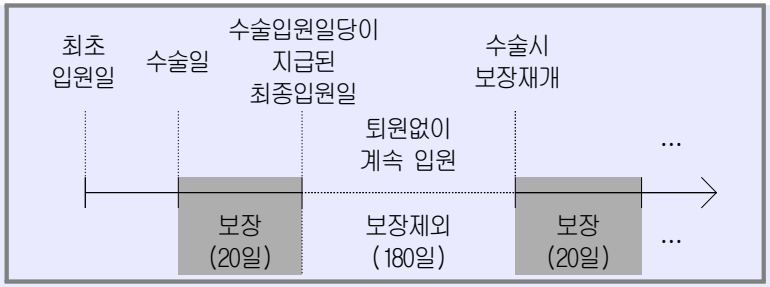
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 아래 각 호에 모두 해당하는 경우(이하, 『수술입원』이라 합니다)에는 **『수술』**일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원일당으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우.
3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
4. 상기 『수술』은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

② 제1항의 질병수술입원일당의 지급일수는 1회 『수술입원』당 『수술』일로부터 20일을 최고한도로 합니다.

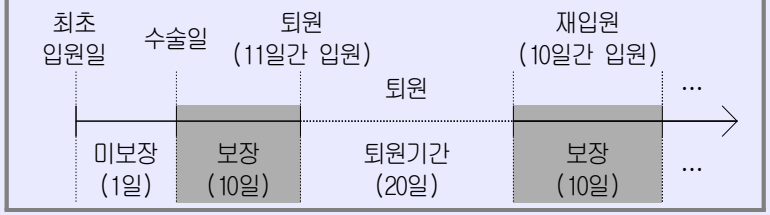
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병수술입원일당은 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 『수술』을 받은 경우에는 또다른 『수술입원』으로 보아『수술』일로부터 입원 1일당 질병수술입원일당을 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 『수술』이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 『수술입원』으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

[보상예시] 동일한 질병으로 11일간 수술입원, 퇴원 후 10일간 재입원 시



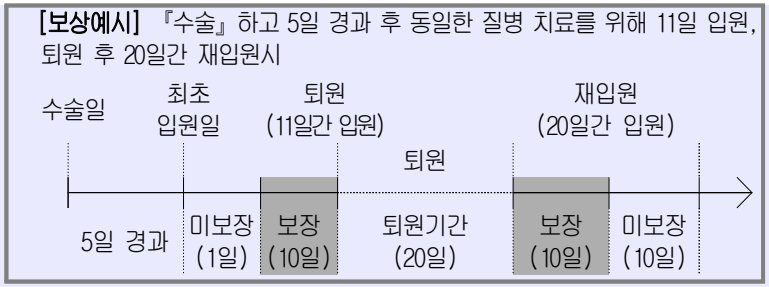
3 피보험자가 보장개시일이후 『수술입원』하여 치료를 받던 중에 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 『수술입원』에 대하여는 질병수술입원일당을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 계속 지급합니다.

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

5 피보험자가 최초의 『수술입원』 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 『수술입원』한 것으로 보아 제2항에 따라 각 입원일수를 더합니다.

6 『수술』이 입원기간동안 시행되지 않은 경우 『수술』은 동일한 질병의 치료를 목적으로 하는 최초 입원일 2일째 날에 시행된 것으로 간주합니다.

[보상예시] 『수술』하고 5일 경과 후 동일한 질병 치료를 위해 11일 입원, 퇴원 후 20일간 재입원시



7 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

11 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
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

3 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

4 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고

인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

5 제1항의 수술에서 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2-6. 질병사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 질병으로 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 『계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)』에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2-7. 질병으로인한 3대시각질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「질병으로인한 3대시각질환」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병으로인한 3대시각질환수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 제5조(수술의 정의와 장소) 제5항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 『계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)』에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(「질병으로인한 3대시각질환」의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 「질병으로인한 3대시각질환」이라 함은 「질병으로인한 3대시각질환분류표」(【별표】 질병으로인한 3대시각질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 「질병으로인한 3대시각질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「질병으로인한 3대시각질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 상해의 직접결과로 인한 수술. (다만, 이 특별약관에서 정한 질병을 동반하는 경우에는 보험금을 지급합니다.)

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

5 제1항의 수술에서 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

질병으로인한 3대시각질환 분류표

약관에 규정하는 질병으로인한 3대시각질환은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
당뇨병성 망막병증	H36.0
황반 및 후극부의 변성	H35.3
녹내장 의심	H40.0
원발성 개방우각녹내장	H40.1
원발성 폐쇄우각 녹내장	H40.2
눈염증에 따른 이차성 녹내장	H40.4
기타 눈장애에 따른 이차성 녹내장	H40.5
약물에 의한 이차성 녹내장	H40.6
기타 녹내장	H40.8
상세불명의 녹내장	H40.9
달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

제8차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
※ H40.3(눈 외상에 의한 이차성 녹내장) 등 상해 또는 외상의 직접치료를 목적으로 하는 수술은 보장하여 드리지 않습니다.(다만, 질병을 동반하는 경우에는 보험금을 지급합니다.)

2-8. 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「질병으로인한 3대시각질환」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 『계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)』에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(「질병으로인한 3대시각질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「질병으로인한 3대시각질환」이라 함은 「질병으로인한 3대시각질환분류표」(【별표】 질병으로인한 3대시각질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「질병으로인한 3대시각질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「질병으로인한 3대시각질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 상해의 직접결과로 인한 수술. (다만, 이 특별약관에서 정한 질병을 동반하는 경우에는 보험금을 지급합니다.)

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

5 제1항의 수술에서 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(질병으로인한 3대시각질환 분류표)
- 질병으로인한 3대시각질환수술비 특별약관 【별표】 참조

2-9. 영구치상실보장【갱신계약】 특별약관
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 영구치를 상실(喪失)했을 때는 상실영구치당 1개당 이 특별약관의 보험가입금액을 영구치상실 보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항의 보장개시일은 다음과 같습니다.

구분	분류
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

3 영구치상실(喪失)이란 우식증(齲蝕症) 또는 치주병(齒周病), 외상 등에 의하여 치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발거(拔去)한 경우를 말합니다. 다만, 아래의 원인으로 발거(拔去)하는 경우는 제외합니다.(이하 "상실(喪失)"이라 합니다)

1. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거(拔去)하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거(拔去)한 경우
3. 맹출장애 : 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발거(拔去)한 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 계약자, 피보험자, 또는 수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 치과치료관련 증명서 등
   가. 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서
      1) 발거한 영구치의 위치(또는 치아번호) 및 발거일자
      2) 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태
      3) 직접적인 영구치 발거원인
   나. 치과진료기록 사본
   다. 회사는 상기 "가", "나" 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 영구치 발거 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항의 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관 이어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2-10. 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁 · 각막확장) 및 재수술 보장【갱신계약】특별약관
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 청약일 현재 시력교정을 목적으로 안경이나 콘택트렌즈를 착용하고 있는 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁 · 각막확장) 및 재수술 보장에 대한 보장개시일(이하 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁 · 각막확장) 및 재수술 보장개시일이라 합니다) 이후에 굴절이상(근시, 원시, 난시)의 교정을 목적으로 최초로 「레이저시력교정수술」을 받고,「레이저시력교정수술해당일」 로부터 3개월 이후에 「합병증(각막혼탁 · 각막확장)」으로 진단확정된 경우 발생 안구 당 이 특별약관의 보험가입금액을 「레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁 · 각막확장) 보장보험금」으로 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁 · 각막확장) 및 재수술 보장개시일 이후에 굴절이상(근시, 원시, 난시)의 교정을 목적으로 최초로 「레이저시력교정수술」을 받고,「레이저시력교정수술해당일」 이후에 「재수술」을 받은 경우 수술 안구 당 이 특별약관의 보험가입금액을 「레이저시력교정수술 재수술 보장보험금」으로 지급합니다.

② 제1항의 경우 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁 · 각막확장) 및 재수술 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 만 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형)

특별약관”에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁·각막확장) 및 재수술 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

<레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁·각막확장) 및 재수술 보장【갱신계약】특별약관 가입금액 30만원 가입 예시>

보험금의 종류		지급금액
레이저시력교정수술합병증(각막혼탁·각막확장)보장보험금	레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁·각막확장) 및 재수술 보장개시일 이후에 굴절이상(근시, 원시, 난시)의 교정을 목적으로 최초로「레이저시력교정수술」을 받고, 「레이저시력교정수술해당일」로부터 3개월 이후에 「합병증(각막혼탁·각막확장)」으로 진단확정된 경우	발생 안구당 30만원
레이저시력교정수술재수술보장보험금	레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁·각막확장) 및 재수술 보장개시일 이후에 굴절이상(근시, 원시, 난시)의 교정을 목적으로 최초로 「레이저시력교정수술」을 받고, 「레이저시력교정수술해당일」 이후에 「재수술」을 받은 경우	수술 안구당 30만원

【굴절이상】
시력을 조정하지 않은 상태에서 무한대(흔히 6m 이상)의 물체에서 나온 평행광선이 눈에 들어가서 망막에 초점을 맺으면 이를 정시라 하며 굴절이상이 없음을 의미한다. 망막보다 앞에서 초점을 맺는 경우를 근시(myopia)라 하며 망막 뒤에 맺으면 원시(hyperopia)라 한다. 눈의 굴절력이 모든 경선에 걸쳐 같지 못한 즉, 완전 구형이 아니어서 평행광선이 한 점에서 초점을 맺지 못할 때는 난시(astigmatism)라 한다. 이러한 근시, 원시, 난시와 같은 굴절이상을 비정시(ametropia)라 한다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우 레이저시력교정수술해당일부터 3개월이 지난 수술해당일 전일 이전에 합병증(각막혼탁·각막확장)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 그 증상이 레이저시력교정수술해당일부터 3개월이 지난 수술해당일 이후에도 지속된 경우에는 보험금을 지급합니다.
2 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우 피보험자가 보험기간 중 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁·각막확장) 및 재수술 보장개시일 이후에 굴절이상(근시, 원시, 난시)의 교정을 목적으로 최초로 레이저시력교정수술을 받고 레이저시력교정수술해당일 이후에 보험기간이 끝난 경우라 하더라도 레이저시력교정수술해당일 부터 3년 이내에 진단확정된 합병증(각막혼탁·각막확장)은 보장하여 드립니다.
3 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우 피보험자가 보험기간 중 레이저시력교정수술 합병증(각막혼탁·각막확장) 및 재수술 보장개시일 이후에 굴절이상(근시, 원시, 난시)의 교정을 목적으로 최초로 레이저시력교정수술을 받고 레이저시력교정수술해당일 이후에 보험기간이 끝난 경우라 하더라도 레이저시력교정수술해당일부터 3년이 지난 수술해당일 전일 이전에 재수술을 받은 경우에는 보장하여 드립니다.
4 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
5 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
8 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의

보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 피보험자가 레이저시력교정수술 이외의 수술(안내렌즈삽입술 등)을 받은 경우
3. 피보험자가 보험계약일 이전에 이미 레이저시력교정수술을 받은 경우
4. 피보험자가 굴절이상(근시, 원시, 난시) 교정 이외의 목적으로 레이저시력교정수술을 받은 경우
5. 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우 제7조(합병증(각막혼탁·각막확장)의 범위와 진단확정) 제1항에서 정한 각막혼탁 또는 각막확장 이외의 합병증으로 진단확정 받은 경우
6. 제9조(특별약관의 무효) 제3호에 따라 이 특별약관이 무효가 된 경우

제5조(레이저시력교정수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「레이저시력교정수술」이라 함은 레이저로 각막을 절제하여 시력을 교정하는 수술(라식, 라섹, PRK 등)을 말합니다.

② 레이저시력교정수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 피보험자는 제1항에서 정한 레이저시력교정수술을 받은 경우, 이에 대한 증명서 등을 회사에 제출하여야 합니다. 다만, 증명서 등의 발급비용이 이미 납입한 보험료를 초과하는 경우에는 전화 등의 방법으로 통보할 수 있습니다. 이 경우 피보험자는 의료기관에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다.

제6조(레이저시력교정수술해당일의 정의)

이 특별약관에서 「레이저시력교정수술해당일」이라 함은 피보험자가 보험기간 중에 최초로 레이저시력교정수술을 받은 날을 말합니다. 다만, 피보험자가 시술간격을 두고 레이저시력교정수술을 양안 따로 받은 경우에는 먼저 수술한 날을 레이저시력교정수술해당일로 합니다.

제7조(합병증(각막혼탁·각막확장)의 범위와 진단확정)

① 이 특별약관에서 레이저시력교정수술의 「합병증(각막혼탁·각막확장)」이라 함은 최초 레이저시력교정수술 이후 해당 레이저시력교정수술로 인해 수술 받은 안구에 각막혼탁이나 각막확장이 발생한 경우를 말합니다.

【각막혼탁】
각막이 투명성을 잃고 불투명해져 외관상 하얗게 되거나 각막의 일부가 뿌옇게 변한 상태

【각막확장】
각막이 비정상적으로 얇아져 앞으로 돌출되어 그로 인해 부정난시가 발생하는 질환

② 합병증(각막혼탁·각막확장)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 안과의사 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

제8조(재수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 레이저시력교정수술의 「재수술」이라 함은 최초 레이저시력교정수술 이후 해당 안구에 레이저시력교정수술을 다시 받는 수술을 말합니다.

② 재수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 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. 특별약관을 체결할 때 이 특별약관에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 이 특별약관에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 이 특별약관을 무효로 하지 않습니다.
2. 피보험자가 최초계약의 보험계약일(계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일)부터 1년 이내에 레이저시력교정수술을 받은 경우
3. 피보험자가 보험기간 중 레이저시력교정수술을 받기 위해 실시한 사전

검사 결과, 레이저시력교정수술이 불가능하다고 판정된 경우

가. 레이저시력교정수술 불가능에 대한 판정은 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 안과의사 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

나. 피보험자는 '가' 목에 의한 증명서 등을 회사에 제출하여야 합니다. 다만, 증명서 등의 발급비용이 이미 납입한 보험료를 초과하는 경우에는 전화 등의 방법으로 통보할 수 있습니다. 이 경우 피보험자는 의료기관에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제12조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중 보험계약일부터 1년이 지난 날(갱신계약의 경우에는 갱신일) 이후에 굴절이상(근시, 원시, 난시)의 교정을 목적으로 레이저시력교정수술을 받은 경우에는 이 특별약관은 갱신되지 않습니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2-11. 뇌졸중진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지 급 금 액	
보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『뇌졸중』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 『뇌졸중』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1) 지주막하 출혈	I60
2) 뇌내출혈	I61
3) 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4) 뇌경색증	I63
5) 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6) 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2-12. 뇌출혈진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지 급 금 액	
보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『뇌출혈』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표】(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 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 『뇌출혈』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1) 지주막하 출혈	I60
2) 뇌내출혈	I61
3) 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2-13. 급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증

진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지 급 금 액	
보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『급성심근경색증』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표】(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 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 『급성심근경색증』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1) 급성심근경색증	I21
2) 후속 심근경색증	I22
3) 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2-14. 암진단비(유사암제외) 특별약관

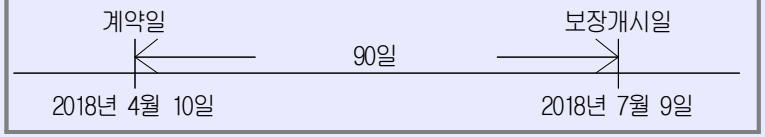
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
암진단비 (유사암제외)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

② 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<암의 보장개시일>



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 일반조항의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 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.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 『암』으로 인한 진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 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 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4) 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5) 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
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 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12) 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14) 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15) 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
16) 진성 적혈구 증가증	D45
17) 골수 형성이상 증후군	D46
18) 만성 골수증식 질환	D47.1
19) 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20) 골수섬유증	D47.4
21) 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

2-15. 유사암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때에는 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
기타피부암 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
제자리암 진단비		
경계성종양 진단비		
갑상선암 진단비		

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 『갑상선암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 『제자리암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표1】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표2】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

5 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암,갑상선암,제자리암,경계성종양으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표1】

제자리 신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1) 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2) 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3) 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4) 제자리 흑색종	D03
5) 피부의 제자리암종	D04
6) 유방의 제자리암종	D05
7) 자궁경부의 제자리암종	D06
8) 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9) 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표2】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1) 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2) 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8) 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9) 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10) 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11) 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12) 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13) 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2-16. 말기폐질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 말기폐질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 말기폐질환진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지 급 금 액	
보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(말기폐질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표】(말기폐질환(End Stage Lung Disease 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

② 『말기폐질환』의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 『말기폐질환』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

말기폐질환(End Stage Lung Disease) 분류표

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보이는 경우를 말합니다.
   가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
   나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
2. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
[B01.2+: 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2+
[B05.2+: 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2+
[B25.0+: 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0+
[B58.3+: 폐 톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3+
2. 기타 급성 하기도 감염	J20~J22
3. 만성 하부호흡기 질환	J40~J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
5. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80~J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
7. 흉막의 기타 질환	J90~J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95~J99

제8차 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

2-17. 말기신부전증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 말기신부전증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 말기신부전증진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지 급 금 액	
보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 『말기신부전증』이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장병(제7차 한국표준질병·사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

② 『말기신부전증』의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 『말기신부전증』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한

경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2-18. 말기간경화진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 말기간경화로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 말기간경화진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지 급 금 액	
보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(말기간경화의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 「말기간경화」이라 함은 【별표】(말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
2 『말기간경화』의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 『말기간경화』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis) 분류표

1. 말기 간질환(경화)이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한 가지 이상의 원인이 됩니다.
   ① 통제가 불가능한 복수증
   ② 영구적인 황달
   ③ 위나 식도벽의 정맥류
   ④ 간성 뇌증
2. 알코올 중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
3. 말기 간경화의 진단 확정은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

2-19. 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. (질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

② 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

5 제1항의 수술에서 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2-20. 21대질병수술비II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 21대 질병으로 진단이 확정되고 그 21대 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1회당 아래에 정한 금액을 21대질병수술비II로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액	
	최초의 계약	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 결핵, 신부전	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증	이 특별약관의 보험가입금액 15%	이 특별약관의 보험가입금액 30%
관절염, 백내장, 생식기질환, 치핵	이 특별약관의 보험가입금액 5%	이 특별약관의 보험가입금액 10%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(「21대질병」의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 「21대질병」이라 함은 「21대질병분류표Ⅱ」(【별표】21대질병 분류표Ⅱ 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 「전립선의 결핵(A18.13)」 또는 「기타 남성생식기관의 결핵(A18.14)」과 「생식기질환」에 해당하는 질병코드를 동시진단받은 경우에는 「결핵」으로 간주하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

3 『21대 질병』의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 뇌혈관질환(I60~I69)의

진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을, 허혈심장질환(I20~I25)의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 『21대질병』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

21대질병 분류표 II

약관에 규정하는 21대질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

대상이 되는 질병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[A39.5+: 수막구균성 심장질환 (I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*)]	A39.5+
	[B37.6+: 칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6+
고혈압질환	본태성(원발성)고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간 질 환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[B25.1+: 거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1+
	[B58.1+: 톡소포자충 간염(K77.0*)]	B58.1+
위·십이지장궤양	위궤양	K25~K27
	십이지장궤양	
	상세불명부위의 소화성궤양	
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	[H06.2*: 갑상선이상성 안구돌출 (E05+)]	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥경화증	죽상경화증	I70

대상이 되는 질병		분류번호
만성하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40~J42
	단순성 및 점액화농성 만성기관지염	
	상세불명의 만성기관지염	
	천식	J45
	천식지속상태	J46
폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	[B01.2+: 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2+
	[B05.2+: 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2+
	[B25.0+: 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0+
	[B58.3+: 폐 톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
녹 내 장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결 핵	결핵	A15~A19
	[M01.1*:결핵관절염(A18.01+)]	M01.1*
	[M49.0*:척추의결핵(A18.00+)]	M49.0*
	[M90.0*:뼈의결핵(A18.02+)]	M90.0*
	[N33.0*:결핵성방광염(A18.11+)]	N33.0*
	[N74.0*:자궁경부의결핵감염(A18.15+)]	N74.0*
	[N74.1*:여성결핵성골반염증질환 (A18.16+)]	N74.1*
	[K67.3*:결핵성복막염(A18.30+)]	K67.3*
	[K93.0*:장,복막및장간막림프절의결핵성 장애(A18.3 - +)]	K93.0*
	결핵의 후유증	B90

대상이 되는 질병		분류번호
신 부 전	신부전	N17~N19
담 석 증	담석증	K80
사타구니탈장	사타구니탈장	K40
편 도 염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축 농 증	만성 부비동염	J32
관 절 염	감염성 관절병증 (결핵 관절염 제외)	M00~M03 (M01.1제외)
	염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외) [J99.0*: 류마티스 폐질환(M05.1+)]	M05~M14 (M14.2제외) J99.0*
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
백 내 장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타장애	H27
생식기질환	남성생식기관의 질환 (남성 불임 제외) [A59.01+: 편모충성 전립선염(N51.0*)] [B26.0+: 볼거리고환염(N51.1*)]	N40~N45, N47~N51 A59.01+ B26.0+
	여성골반내 기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염 제외) (여성 결핵성 골반염증질환 제외)	N70~N77 (N74.0제외) (N74.1제외)
	여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
치핵 및 항문주위정맥혈전증	포함: 치질 제외: 합병증: 출산 및 산후기(087.2),임신(022.4)	K64

제8차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은「한국표준질병·사인분류」를 참고)

2-21. 중대한심혈관수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 중대한심혈관수술을 받은 경우에는 최초 1회의 수술에 한하여 아래에 정한 금액을 중대한심혈관수술비(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지 급 금 액	
보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따

를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중대한심혈관수술의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서『중대한심혈관수술』이라 함은 【별표】(중대한심혈관수술)에서 정한『관상동맥우회술』, 『심장판막수술』및 『대동맥류인조혈관치환수술』을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한심혈관수술비(최초1회한)가 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】 중대한심혈관수술

Ⅰ. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft 또는 CABG)

1. 관상동맥우회술이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
2. 관상동맥확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter) 및 레이저 시술이나 개흉술을 동반하지 않은 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
   예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반제술(Rotational Atherectomy)
3. 제1항의 관상동맥우회술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 시술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

Ⅱ. 심장판막수술(Heart Valve Surgery)

1. 심장판막수술이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
   가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여주는 수술
   나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

2. 그러나, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
   가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
   예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
   나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅲ. 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

1. 대동맥류인조혈관치환수술이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 수술을 말합니다. 여기에서 "대동맥"이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
2. 그러나, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
   예) 경피적혈관내 대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

2-22. 암수술비Ⅰ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

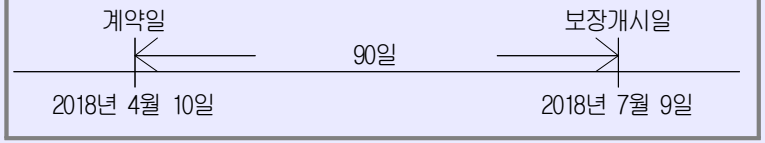
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 암수술비Ⅰ으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때

구 분	지 급 금 액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
암	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 20%
기타피부암		
제자리암		
경계성종양		
갑상선암		

② 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제 1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<암의 보장개시일>



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 『갑상선암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니

다.

4 이 특별약관에 있어서 『제자리암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표1】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표2】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

6 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(“항암방사선치료”의 정의)

『항암방사선치료』라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(“항암약물치료”의 정의)

『항암약물치료』라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 일반조항의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(악성신생물(암) 분류표) - 암진단비(유사암제외) 특별약관 별표 참조

【별표1】(제자리 신생물 분류표) - 유사암진단비 특별약관 별표 참조

【별표2】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)
- 유사암진단비 특별약관 별표 참조

2-23. 암수술비II 특별약관

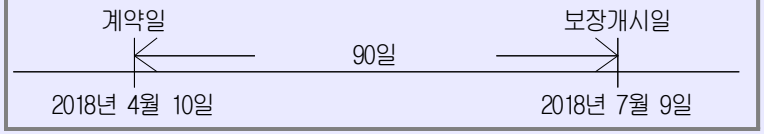
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회의 암수술에 한하여 아래의 금액을 암수술비II로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
암	이 특별약관의 보험가입금액 40%	이 특별약관의 보험가입금액 80%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터 적용합니다. 단, 계약일은 제 1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<암의 보장개시일>



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

2 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

2 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(“항암방사선치료”의 정의)

『항암방사선치료』라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(“항암약물치료”의 정의)

『항암약물치료』라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 일반조항의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 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.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비Ⅱ을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는

『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】 (악성신생물(암) 분류표) - 암진단비(유사암제외) 특별약관 별표 참조

2-24. 암직접치료입원일당(4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 3일초과 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암직접치료입원일당(4일이상)으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

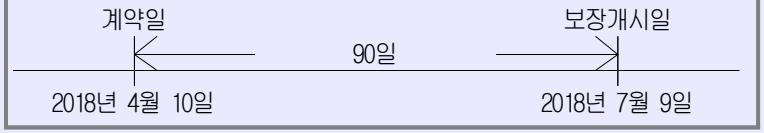
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 4일 이상 계속 입원하였을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 4일 이상 계속 입원하였을 때

구 분	지 급 금 액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
암	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기타피부암	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 20%
제자리암		
경계성종양		
갑상선암		

② 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<암의 보장개시일>



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 입원이라도 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

② 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양입원일당은 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
6 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
7 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
8 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.
9 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

2 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어서 『갑상선암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어서 『제자리암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표1】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표2】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
6 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 『암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양(이하『암 등의 질병』이라 합니다.)』의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 제1항의 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 『암 등의 질병』의 『직접적인 치료를 목적으로 한 입원』이란 의사에 의해 『암 등의 질병』으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말합니다. 『암 등의 질병』의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 『암 등의 질병』의 치료를 주된 목적으로 하는 경우에만 『암 등의 질병』의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 『암 등의 질병』으로 진단된 경우에는 이는 『암 등의 질병』의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

4 이 특별약관에 있어서 『계속입원』이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 『암 등의 질병』으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 일반조항의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 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.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(악성신생물(암) 분류표) - 암진단비(유사암제외) 특별약관 별표 참조

【별표1】(제자리 신생물 분류표) - 유사암진단비 특별약관 별표 참조

【별표2】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)
- 유사암진단비 특별약관 별표 참조

2-25. 항암방사선약물치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선약물치료비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 단, 피보험자가 『암』으로 제1호의 항암방사선약물치료비를 지급받은 이후에 『기타피부암』 또는 『갑상선암』으로 항암방사선약물치료를 받은 경우에는 항암방사선약물치료비를 지급하지 않습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암(기타피부암, 갑상선암을 제외합니다. 이하 같습니다)에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 항암방사선약물치료를 받은 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정되고 항암방사선약물치료를 받은 경우

구 분	지급금액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
암	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기타피부암, 갑상선암	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 20%

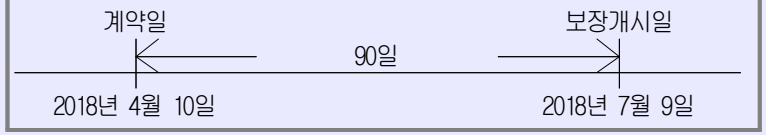
2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며 기타피부암, 갑상선암의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제 1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 암으로 항암방사선약물치료를 받은 후 기타피부암 및 갑상선암으로 항암방사선약물치료를 받은 경우 추가적인 항암방사선약물치료비는 보험금을 지급하지 않습니다.

4 『항암방사선치료』라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

5 『항암약물치료』라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

<암의 보장개시일>



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표】((악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

2 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 『갑상선암』이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 일반조항의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 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.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 중 『암』으로 진단확정되어 항암방사선약물치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암으로 인한 항암방사선약물치료비만 지급한 경우에는 소멸되지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(악성신생물(암) 분류표) - 암진단비(유사암제외) 특별약관의 【별표】 참조

상해 및 질병 관련 특별약관

3-1. 깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료를 받은 경우 이 특별약관 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 매 치료시마다 지급합니다.

【용어풀이】
깁스(Cast)치료의 정의: 깁스(Cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미함. 단, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 깁스치료비는 같은 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

2 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3-2. 각막이식수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 장기수혜자로서 각막이식수술을 받았을 때 이 특별약관 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 각막이식수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항에서 『각막이식수술』이라 함은 『장기 등 이식에 관한 법률』에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 『계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)』에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3-3. 신인공관절치환수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 인공관절치환수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 최초1회에 한하여 신인공관절치환수술비(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항의 "인공관절치환수술"이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 『인공관절』이라 합니다)을 삽입하여 관절의 전부 또는 일부를 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.

3 제2항의 "인공관절치환수술"에서 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 항목으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 선천기형,변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00-F99)
3. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 신인공관절치환수술비(최초1회한)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3-4. 응급실내원비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 『응급환자』에 해당되어 『응급실』에 내원하여 진료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 내원1회당 응급실내원비(응급)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자인 경우에도 보장합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(응급실, 응급환자의 정의)

1 『응급실』이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장 · 군수 · 구청장에게 신고 된 응급실을 말합니다.

※ 응급의료에 관한 법률 제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

※ 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치 · 운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 등을 갖추어 시장 · 군수 · 구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

2 『응급환자』라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

※ 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토 · 의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물 · 알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전 · 신부전 · 당뇨병 등)
   - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염 · 장폐색증 · 급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성 · 다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절 · 외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈 : 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일 · 야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀 · 눈 · 코 · 항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만,

이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3-5. 응급실내원비(비응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 『응급환자』에 해당되지는 않으나 질병 또는 상해로 인하여 『응급실』에 내원하여 진료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 내원 1회당 응급실내원비(비응급)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자인 경우에도 보장합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(응급실, 응급환자의 정의)

1 『응급실』이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장 · 군수 · 구청장에게 신고 된 응급실을 말합니다.

※ 응급의료에 관한 법률 제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급 의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

※ 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치 · 운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 등을 갖추어 시장 · 군수 · 구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

2 『응급환자』라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

※ 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토 · 의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장

질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상
가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
라. 출혈 : 혈관손상
마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 『응급환자』에 해당하지 않으며, 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 『응급실』에 내원하여 진료 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)
8. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

③ 회사는 『응급환자』에 해당하지 않으며, 아래의 응급실내원비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
3. 아래에 열거된 치료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
4. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

5. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3-6. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 관절증(엉덩,무릎)(이하 『관절증』이라 합니다)으로 수술을 받았을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 관절증(엉덩,무릎)수술비로 수술 1회당 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 『관절증』이라 함은 【별표】(관절증 질환 분류표)에서 정한 상해 또는 질병을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 항목으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 기타 양쪽 이차성 고관절증(M16.6)
2. 기타 이차성 고관절증(M16.7)
3. 상세불명의 고관절증(M16.9)
4. 기타 양쪽 이차성 무릎관절증(M17.4)
5. 기타 이차성 무릎관절증(M17.5)
6. 상세불명의 무릎관절증(M17.9)

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

관절증 질환 분류표

약관에 규정하는 관절증 질환으로 분류되는 항목은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목	분류번호
1. 고관절증	
양쪽 원발성 고관절증	M16.0
기타 원발성 고관절증	M16.1
형성이상으로 인한 양쪽 고관절증	M16.2
기타 형성이상성 고관절증	M16.3
양쪽 외상후 고관절증	M16.4
기타 외상후 고관절증	M16.5
2. 무릎관절증	
양쪽 원발성 무릎관절증	M17.0
기타 원발성 무릎관절증	M17.1
양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
기타 외상후 무릎관절증	M17.3

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

3-7. 3대장애진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 장애인복지법 시행령 제2조에서 정한 장애인(시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다. 【별표】(3대장애분류표) 참조)이 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 3대장애진단 보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 3대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 3대장애진단 보험금만을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 『계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)』에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 장애인의 종류 및 기준이 「장애인복지법」,「장애인복지법」 및 「장애인복지법 시행규칙」 (이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애인 판정시점의 기준을 적용합니다.

6 제5항에도 불구하고 「법령」의 개정으로 장애인의 판정기준이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애인 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 장애인 판정기준에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

7 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 선천적 장애
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대장애진단 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】

3대장애 분류표
(장애인 복지법 시행령 제2조 관련)

아래의 장애인의 종류 및 기준은 장애인 복지법 시행령 제2조와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

시각장애인	청각장애인	언어장애인
1. 나쁜 눈의 시력(만국식 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02이하인 사람 2. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인사람 3. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 4. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람	1. 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 2. 한 귀의 청력손실이 80데시벨(dB)이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 3. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 4. 평형기능에 상당한 장애가 있는 사람	음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

비용손해 일반조항

제1조(목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

비용손해 관련 특별약관

4-1. 자동차사고성형비용(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자가용자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 (이하 『자동차사고』라 합니다) 인하여 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 보험가입금액(100만원)을 자동차사고성형비용으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

2 피보험자가 같은 사고로 제1항에 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

3 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제1항의 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

5 제1항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

6 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
4. 피보험자가 자유로운 의사결정을 할 수 있는 상태에서의 피보험자의 고의
5. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
6. 계약자의 고의

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 제1항에서 『의료기관』이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관을 말합니다.

【용어풀이】
절단 : 특정부위를 잘라 내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다..

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-2. 홀인원비용손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프장에서 골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 최초 1회에 한하여 홀인원을 행한 날로부터 1개월 이내에 소요된 아래의 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 제2조(골프장의 정의 등) 제4항 3호에서 정한 "축하라운드 비용"의 경우에는 홀인원을 행한 날로부터 3개월 이내에 소요된 금액을 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
홀인원 비용손해	골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우	홀인원비용 (이 특약의 보험가입금액 한도)

제2조(골프장의 정의 등)

① 이 특약에서 "골프장"이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재의 회원제골프장 및 정규대중골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장은 제외합니다.

② 이 특약에서 "골프경기"라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 않습니다)과 기준타수(PAR) 72이상의 18홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다. 다만, 우천 등의 사유로 라운드가 중지되었을 경우에는 9홀 이상을 라운드 한 경우 골프경기로 인정합니다.

③ 이 특약에서 "홀인원(Hole in One)"이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.

④ 이 특약에서 "홀인원비용"이라 다음 각 호의 비용을 부담함으로써 입은 손해를 말합니다.

1. 증정용 기념품 구입비용.
   단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
   가. 상품권등의 물품전표
   나. 선불카드(다만, 피보험자가 홀인원을 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상하여 드립니다)
2. 축하만찬 비용
3. 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

⑤ 제4항 제1호의 "증정용 기념품 구입비용"이라 홀인원을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 피보험자라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 홀인원비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 경우에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인 포함)인 경우에 그 피보험자가 경영하는 또는 고용하고 있는 골프장에서 행한 홀인원
2. 피보험자가 깔때기홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다.)에서 행한 홀인원

제5조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 홀인원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동서명·날인이 있어야 합니다)
3. 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 홀인원비용이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환

급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.
2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-3. 알바트로스비용손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프장에서 골프경기 중 알바트로스(Albatross)를 행한 경우에는 최초 1회에 한하여 알바트로스를 행한 날로부터 1개월 이내에 소요된 아래의 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 제2조(골프장의 정의 등) 제4항 3호에서 정한 『축하라운드 비용』의 경우에는 알바트로스를 행한 날로부터 3개월 이내에 소요된 금액을 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
알바트로스 비용손해	골프경기 중 알바트로스(Albatross)를 행한 경우	알바트로스비용 (이 특별약관의 보험가입금액 한도)

제2조(골프장의 정의 등)
1 이 특별약관에서 『골프장』이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재의 회원제 골프장 및 정규대중골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장은 제외합니다.
2 이 특별약관에서 『골프경기』라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 이를 적용하지 않습니다)과 기준타수(PAR) 72이상의 18홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다. 다만, 우천 등의 사유로 라운드가 중지되었을 경우에는 9홀 이상을 라운드 한 경우 골프경기로 인정합니다.
3 이 특별약관에서 『알바트로스(Albatross)』라 함은 각 홀의 기준 타수보다 3타가 적은 타수로 볼이 홀에 들어가는 것을 말합니다.
4 이 특별약관에서 『알바트로스비용』이라 함은 다음 각 호의 비용을 부담함으로써 입은 손해를 말합니다.
1. 증정용 기념품 구입비용.
   단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
   가. 상품권 등의 물품전표
   나. 선불카드(다만, 피보험자가 알바트로스를 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상하여 드립니다)
2. 축하만찬 비용
3. 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

5 제4항 제1호의 『증정용 기념품 구입비용』이란 알바트로스를 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우승비용을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 피보험자라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.
2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 알바트로스비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 각 호의 경우에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인 포함)인 경우에 그 피보험자가 경영하는 또는 고용하고 있는 골프장에서 행한 알바트로스
2. 피보험자가 깔때기홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다.)에서 행한 알바트로스
3. 기준타수 4타인 홀에서 제1타에 의해 볼이 홀에 들어가는 경우

제5조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 알바트로스 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다)
3. 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 알바트로스비용을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-4. 민사소송 법률비용손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제3조(법률비용보험금)와 제4조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다.)을 말하며 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

③ 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[용어의 정의]

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다. • 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건 • 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건
연간 하나의 사건	보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 이후 보험년도 매 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.
하나의 소송	대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보상하는 손해)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심은 제외합니다.) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 『민사소송법』에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 『소비자기본법』 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
9. 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 『노동조합 및 노동관계조정법』에 관련된 쟁의행위, 『집회 및 시위에 관한 법률』에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 『독점규제 및 공정거래에 관련 법률』, 『증권관련집단소송법』에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 『자동차손해배상보장법』, 『산업재해보상보험법』 등 법률에 따라 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 전부 패소에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.
【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[용어의 정의]

용어	정의
소의 취하	민사소송법 제266조(소의 취하),동법 제393조(항소의 취하),동법 제425조(항소심절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.
소의 각하	민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권),동법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권),동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.
가족	[1]피보험자의 부모와 양부모 [2]피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모 [3]피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자 [4]피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀 [5]피보험자의 며느리 [6]피보험자의 사위 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제3조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보상하는 손해)에 정한 바에 따라 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. 『변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙』에서 정한 변호사비용(【별표1】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. 『민사소송 등 인지법』에서 정한 인지액(【별표2】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한 『송달료 규칙』에서 정한 송달료의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 위 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항에 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제3조(법률비용보험금)의 법률비용보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액+송달료
지급금액	1,500만원한도 (1사고당 10만원자기부담금 공제)	500만원한도

제5조(계약 후 알릴 의무)

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

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

③ 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제6조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 일반조항 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제5조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사

는 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 보통약관 일반조항 제35조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

5 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

6 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(특약)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제7조(타인을 위한 계약)

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

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

【타인을 위한 계약】
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제8조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송 상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우 (회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제9조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제10조(보험금의 지급절차)

1 회사는 아래의 보험금 청구서류 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 접수 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 보험금지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당 조

서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제11조(보험금의 분담)

① 회사는 이 보장에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제14조(특별약관의 해지)

① 계약자는 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 해지환급금을 지급합니다.

제15조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제16조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 아니함에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제17조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표1】

『변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙』에서 정한 변호사 비용

소송목적의 값	변호사 비용
1,000만원까지	[소송목적의 값 x 8%]
1,000만원 초과~2,000만원까지	[80만원 + (소송목적의 값 - 1,000만원) x 7%]
2,000만원 초과~3,000만원까지	[150만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x 6%]
3,000만원 초과~5,000만원까지	[210만원 + (소송목적의 값 - 3,000만원) x 5%]
5,000만원 초과~7,000만원까지	[310만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) x 4%]
7,000만원 초과 ~ 1억원까지	[390만원 + (소송목적의 값 - 7,000만원) x 3%]
1억원 초과 ~ 2억원까지	[480만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x 2%]
2억원 초과 ~ 5억원까지	[680만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%]
5억원 초과 ~	[980만원+ (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%]

향후 『변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙』에 정한 상기 변호사비용이 변경 될 경우에는 그를 따르는 것으로 합니다.

【별표2】

『민사소송 등 인지법』에서 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억 ~ 10억미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용 합니다. 향후 『민사소송 등 인지법』에 정한 상기 인지액이 변경 될 경우에는 그를 따르는 것으로 합니다.

4-5. 행정소송 법률비용손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제3조(법률비용보험금)와 제4조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	행정사건	사건별 부호
1심	행정1심합의사건	구합
	행정1심단독사건	구단
항소심	행정항소사건	누
상고심	행정상고사건	두

2 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다.)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

3 제1항의 소송은 제2항에서 정한 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[용어의 정의]

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.
하나의 소송	대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보상하는 손해)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법[주]에 정한 파기환송심, 재심 및 행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다.) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 따라 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 『행정소송법』에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 『소비자기본법』 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
9. 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 『노동조합 및 노동관계조정법』에 관련된 쟁의행위, 『집회 및 시위에 관한 법률』에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 『독점규제 및 공정거래에 관련 법률』, 『증권관련집단소송법』에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 『자동차손해배상보장법』, 『산업재해보상보험법』 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 『국민투표무효소송 및 공직선거 및 선거부정방지법이 정한 선거 무효소송』(공직선거법 제222조) 및 『당선 무효소송』(공직선거법 제223조)
19. 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위해 제기하는 소송
20. 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서의 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효 소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
21. 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.
【핵연료물질에 따라 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[용어의 정의]

용어	정의
소의 취하	행정소송법 및 민사소송법주) 제266조(소의 취하),동법 제393조(항소의 취하),동법 제425조(항소심절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.
소의 각하	행정소송법 및 민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권),동법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권),동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

제3조(법률비용보험금)

1 회사는 제1조(보상하는 손해)에 정한 바에 따라 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. 『변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙』에서 정한 변호사비용(【별표1】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. 『민사소송 등 인지법』에서 정한 인지액(【별표2】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한 『송달료 규칙』에서 정한 송달료(【별표3】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

2 위 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항에 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제3조(법률비용보험금)의 법률비용보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액+송달료
지급금액	1,500만원한도 (1사고당 10만원자기부담금 공제)	500만원한도

제5조(계약 후 알릴 의무)

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

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

3 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제6조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 일반조항 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제5조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 보통약관 일반조항 제35조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

5 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

6 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(특약)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제7조(타인을 위한 계약)

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

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

【타인을 위한 계약】
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제8조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송 상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우 (회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제9조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제10조(보험금의 지급절차)

1 회사는 아래의 보험금 청구서류 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 접수 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 보험금지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

2 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

3 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자의

책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제11조(보험금의 분담)

1 회사는 이 보장에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제14조(특별약관의 해지)

1 계약자는 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 제1항 및 제2항의 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 해지환급금을 지급합니다.

제15조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제16조(조사)

1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

4 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 아니함에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제17조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표1】 (『변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙』에서 정한 변호사 비용)
- 민사소송 법률비용손해 특별약관 별표 참조

【별표2】 (『민사소송 등 인지법』에서 정한 인지액)
- 민사소송 법률비용손해 특별약관 별표 참조

【별표3】

송달료 규칙에 정한 송달료	
사 건	송달료
1심 / 항소심	71,000 원
상고심	56,800 원

향후 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경 될 경우에는 그를 따르는 것으로 합니다.

4-6. (가족)과실치사상 벌금비용 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 사고로 대한민국 내에서 형법 제266조(과실치상) 또는 형법 267조(과실치사)에 따른 벌금형(단, 특별법 위반을 포함한 벌금형은 제외)이 확정 판결 되었을 때 1사고마다 700만원(과실치상일 경우 500만원)을 한도로 벌금형에 해당하는 금액(확정판결에 따라 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

1. 피보험자 본인
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 『배우자』라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼 자녀

③ 제2항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

④ 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제를 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

※ 민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위
: 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
3. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
4. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
5. 피보험자가 도로교통법 제 43조, 제 44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 피보험자가 형법 260조(폭행), 261조(특수폭행)과 경합된 사고

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시

이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-7. 업무상과실·중과실치사상 벌금비용 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 사고로 대한민국 내에서 형법 제268조(업무상 과실·중과실 치사상)에 따른 벌금형(단, 특별법 위반을 포함한 벌금형은 제외)이 확정 판결 되었을 때 1사고마다 2,000만원을 한도로 벌금형에 해당하는 금액(확정판결에 따라 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제를 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

【형법 제268조(업무상과실・중과실 치사상)】
업무상 과실 또는 중대한 과실로 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
3. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
4. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
5. 피보험자가 도로교통법 제 43조, 제 44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 피보험자가 형법 260조(폭행), 261조(특수폭행)과 경합된 사고

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-8. 자동차사고벌금(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1사고당

2,000만원을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
2 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제를 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상 책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
3 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.
4 제1항의 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
5 제1항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
6 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자유로운 의사결정을 할 수 있는 상태에서의 피보험자의 고의
5. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
6. 계약자의 고의

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】
술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.
2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-9. 자동차사고변호사선임비용손해(자가용,영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 다음 한가지에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라

합니다.)를 『1사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 구속영장에 의하여 구속된 경우
2. 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 하며, 약식기소는 제외합니다.)된 경우
3. 피보험자가 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우

2 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

3 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제1항의 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

5 제1항의 『1사고』 라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

6 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

7 제1항의 『신체』라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

8 제3항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자유로운 의사결정을 할 수 있는 상태에서의 피보험자의 고의
5. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
6. 계약자의 고의

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】
술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.
2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-10. 교통사고처리보장(자가용,영업용) 특별약관

4-10-1. 교통사고처리보장(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차를 제외)를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 피보험자에게 교통사고처리보장 보험금으로 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 하며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 않습니다. 다만 피해자 1인에 대하여 하나의 사고로 최초 진단이후에 추가진단이 있을 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다.) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조 또는 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조【별표1】((자동차사고 부상등급표) 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

2 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항에서 정한 교통사고처리보장 보험금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 보험금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

3 제1항 및 제2항의 교통사고처리보장 보험금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

4 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표2】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

5 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

6 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제3항의 한도로 지급합니다.

7 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

8 제1항의 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

9 제7항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

【용어풀이】
「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항】
타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 처한다.

【형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)】
업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제12호)】

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
12. 자동차화물 추락방지조치 위반

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
5. 피보험자의 고의
6. 계약자의 고의

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리보장 보험금을 지급할 다수계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
4. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
5. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
6. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
4. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
5. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

6. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
7. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-10-2. 교통사고처리보장(영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차를 제외)를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 피보험자에게 교통사고처리보장 보험금으로 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 하며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 않습니다. 다만 피해자 1인에 대하여 하나의 사고로 최초 진단이후에 추가진단이 있을 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다.) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조 또는 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조【별표1】((자동차사고 부상등급표) 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

2 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항에서 정한 교통사고처리보장 보험금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 보험금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

3 제1항 및 제2항의 교통사고처리보장 보험금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

4 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표2】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

5 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

6 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제3항의 한도로 지급합니다.

7 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

8 제1항의 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

9 제7항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

【용어풀이】

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항】

타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 처한다.

【형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제12호)】

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
12. 자동차화물 추락방지조치 위반

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자의 고의
5. 계약자의 고의

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 비례분담)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리보장 보험금을 지급할 다수계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

2 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(보험금의 청구)

1 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
4. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
5. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
6. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

2 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니

다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
4. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
5. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
7. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표1】(자동차사고 부상등급표)

- 자동차사고부상보장(자가용,영업용) 특별약관 별표 참조

【별표2】

교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우

2. 도로교통법 제13조(차마의 통행)제3항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우

3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도)제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우

4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등)제1항·제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소)·제23조(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길 통행 금지 등)제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우

6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호)제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우

7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중에 있거나 운전의 금지 중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)제1항의 규정에 위반하여 주취 중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조(차마의 통행)제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행)제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우

10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한)제3항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우

11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리)제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

12. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한)제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

※ 상기 외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

4-11. 중상해교통사고처리보장(자가용,영업용) 특별약관

4-11-1. 중상해교통사고처리보장(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 중상해 교통사고처리보장 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조 또는 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조【별표1】((자동차사고 부상등급표) 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항에서 정한 중상해 교통사고처리보장 보험금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 보험금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제1항 및 제2항의 중상해 교통사고처리보장 보험금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.

④ 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고(교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표2】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다.)에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제3항의 한도로 지급합니다.

⑥ 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

7 제1항의 『운전』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
8 제6항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

【용어풀이】
「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항】
타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 처한다.

【형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)】
업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제12호)】
1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
12. 자동차화물 추락방지조치 위반

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
5. 피보험자의 고의
6. 계약자의 고의

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】
술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 비례분담)
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해 교통사고처리보장 보험금을 지급할 다수계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
2 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(보험금의 청구)
1 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사 양식)

2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
4. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
5. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
6. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

2 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
4. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
5. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
7. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-11-2. 중상해교통사고처리보장(영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 중상해 교통사고처리보장 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조 또는 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조【별표1】((자동차사고 부상등급표) 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

2 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항에서 정한 중상해 교통사고처리보장 보험금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 보험금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

3 제1항 및 제2항의 중상해 교통사고처리보장 보험금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.

4 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고(교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표2】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다.)에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

5 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제3항의 한도로 지급합니다.

6 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

7 제1항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능

한 상태에 있는 것을 말합니다.
8 제6항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

【용어풀이】
「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항】
타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 처한다.

【형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)】
업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제12호)】
1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
12. 자동차화물 추락방지조치 위반

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자의 고의
5. 계약자의 고의

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】
술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 비례분담)
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해 교통사고처리보장 보험금을 지급할 다수계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
2 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(보험금의 청구)
1 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원

4. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
5. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
6. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

2 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
4. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
5. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
7. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표1】(자동차사고 부상등급표)

- 자동차사고부상보장(자가용,영업용) 특별약관의 별표 참조

【별표2】(교통사고처리 특례법 제3조 제2항 단서)

- 교통사고처리보장(자가용,영업용) 특별약관 별표 참조

4-12. 운전면허정지보장(영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 영업용자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 경우에는 면허정지기간 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 운전면허정지보장 보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 운전면허정지보장 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항의 『면허정지기간』이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경 받았거나 감경 받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경 받았거나 감경 받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경 받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 않습니다.

3 제1항의 운전면허정지보장은 면허정지기간동안 최고 60일을 한도로 지급합니다.

4 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

5 제1항의 『운전』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제1항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

7 제4항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자유로운 의사결정을 할 수 있는 상태에서의 피보험자의 고의
5. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
6. 계약자의 고의

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】
술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.
② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-13. 운전면허취소보장(영업용) II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 영업용자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 운전면허취소보장 보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
② 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.
③ 제1항의 운전이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
④ 제1항의『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
⑤ 제2항의 건설기계란 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등이며 관련법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자유로운 의사결정을 할 수 있는 상태에서의 피보험자의 고의
5. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
6. 계약자의 고의

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】
술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.
② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-14. 보이스피싱손해(피해환급금 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대한민국 내에서 발생한 보이스피싱(전화금융사기)사고로 금전적인 손해를 입은(또는 지출한) 경우에는 피보험자가 입은(또는 지출한) "실제 금전손해액"의 70%를 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 경우 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제3조(피해구제의 신청)에 따라 전기통신금융사기의 피해구제를 신청하여야 합니다.

보험금의 종류		지급금액
보이스피싱 손해보험금	보이스피싱(전화금융사기) 사고로 금전적인 손해를 입은(또는 지출한) 경우	실제금전손해액의 70% 보상 (보험가입금액 한도)

제2조(용어의 정의)

보통약관 제1절 보통약관의 일반조항 제2조(용어의 정의)이외에 이 특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 아래와 같습니다.

① " 보이스피싱(전화금융사기)"이라 함은 사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 "개인정보" 및 "금융정보"를 탈취하는 수법을 말합니다.

② "실제 금전손해액"이라 함은 법원의 판결, 경찰 조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 피보험자의 금전손실액 원금을 말하며, 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제10조(피해환급금의 결정·지급)에 의해 지급되는 피해환급금은 제외됩니다.

③ "피해환급금"이라 함은 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제5조(채권소멸절차의 개시 공고)에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조(피해환급금의 결정·지급)에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.

④ "개인정보"라 함은 피보험자의 개인의 신상에 관한 정보로서 해당정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라

도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함한다)를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유로 인하여 발생한 비용 또는 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자 또는 피보험자의 대리인의 고의 또는 범죄행위로 인한 사고(공모한 경우를 포함합니다)
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」제10조(피해환급금의 결정·지급)에 따라 지급 받은 해당금액
5. 제1조(보험금의 지급사유) 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
7. 원인의 직·간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 않습니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
12. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제4조(보험금의 분담)

① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금청구서(회사양식)
2. 피해자신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
3. 경찰서에서 발행한 보이스피싱 피해신고확인서(단, 피해금액이 명시되어 있어야 함)
4. 지급정지요청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 시행령 별지 제2호)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 시행령 별지 제1호) 및 지급정지금액을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 '피해환급금 결정통지서' 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.
2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4-15. 구직급여일당(1일이상 90일한도)【갱신계약】특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 피보험자가 제8조(특별약관의 보장개시일)에서 정한 「보장개시일」 이후에 「고용보험법」에서 정한 고용보험의 법적요건을 충족하여 구직급여 수급자격을 인정받고, 실업인정기간에 대하여 구직급여를 1일 이상 계속 수령한 경우에는 구직급여를 수령한 첫날부터 수령1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 구직급여일당으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 아래 각 호에 모두 해당되는 자로 합니다.

1. 180일 이상 근무하고 고용보험법 제2조(정의) 제1호【별표】((관련 법규) 참조)에 의한 고용보험법에 의한 고용보험의 피보험자란에 기재된 자로써 아래의 어느 하나에 해당하는 자
   가.「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」제5조 제1항 · 제2항, 제6조제1항, 제8조제1항 · 제2항【별표】((관련 법규) 참조)에 따라 보험에 가입되거나 가입된 것으로 보는 근로자
   나.「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」제49조의2제1항 · 제2항【별표】((관련 법규) 참조)에 따라 고용보험에 가입하거나 가입된 것으로 보는 자영업자
2. 보험증권에 피보험자로 기재된 자

제3조(구직급여의 정의)

1 이 특별약관에서 「구직급여」라 함은 고용보험법 제37조(실업급여의 종류) 제1항의 구직급여【별표】((관련 법규) 참조)를 의미합니다.
2 이 특별약관에서 「구직급여 수급자격 인정」이라 함은 고용보험법 제40조(구직급여의 수급 요건) 또는 동법 제69조의3(구직급여의 수급 요건)에 따라 구직급여 수급 요건을 충족하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험금 지급일수는 매 구직급여를 수령할 때마다 90일을 한도로 하며 구직급여의 수급이 중단되는 경우 구직급여일당은 더 이상 지급되지 않습니다.
2 피보험자가 구직급여 수급이 종료된 후 재취업하여 고용보험법에서 정한 구직급여 수급자격을 다시 인정받아 구직급여를 수령할 경우에는 이를 새로운 구직급여의 수급으로 봅니다.
3 피보험자가 구직급여를 수령하던 중에 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속 중인 구직급여 수령기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 구직급여일당을 계속 지급합니다.
4 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 구직급여 수급자격의 판정기준이 고용보험법 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 구직급여 수급자격을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 고용보험법에서 정한 허위 기타 부정한 방법으로 구직급여를 수령한 것으로 판명된 경우에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 더 이상 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 고용보험수급자격증, 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 장(長) 발행)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한날의 다음날부터

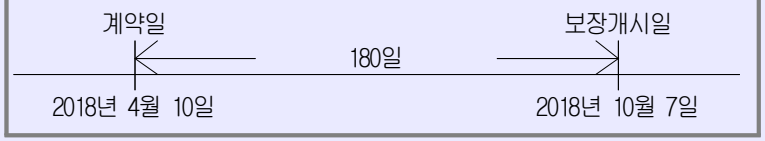
반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 실업한 경우
2. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 보장개시일)

① 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날에 시작합니다.

<보장개시일 예시>



② 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제8조(특별약관의 보장개시일)의 규정에 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망하였을 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 법령의 개정에 따라 구직급여 수급자격의 판정기준이 폐지되어 구직급여를 수령할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】(관련 법규)

【 고용보험법 】

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "피보험자"란 다음 각 목에 해당하는 자를 말한다.
   가. 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」(이하 "보험료징수법"이라 한다) 제5조제1항 · 제2항, 제6조제1항, 제8조제1항 · 제2항에 따라 보험에 가입되거나 가입된 것으로 보는 근로자
   나. 보험료징수법 제49조의2제1항 · 제2항에 따라 고용보험에 가입하거나 가입된 것으로 보는 자영업자(이하 "자영업자인 피보험자"라 한다)

제37조(실업급여의 종류)

① 실업급여는 구직급여와 취업촉진 수당으로 구분한다.

제40조(구직급여의 수급 요건)

① 구직급여는 이직한 피보험자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에 지급한다. 다만, 제5호와 제6호는 최종 이직 당시 일용근로자였던 자만 해당한다.

1. 이직일 이전 18개월간(이하 "기준기간"이라 한다) 제41조에 따른 피보험단위기간이 통산(通算)하여 180일 이상일 것
2. 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업(영리를 목적으로 사업을 영위하는 경우를 포함한다. 이하 이 장에서 같다)하지 못한 상태에 있을

것
3. 이직사유가 제58조에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하지 아니할 것
4. 재취업을 위한 노력을 적극적으로 할 것
5. 제43조에 따른 수급자격 인정신청일 이전 1개월 동안의 근로일수가 10일 미만일 것
6. 최종 이직일 이전 기준기간의 피보험 단위기간 180일 중 다른 사업에서 제58조에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하는 사유로 이직한 사실이 있는 경우에는 그 피보험 단위기간 중 90일 이상을 일용근로자로 근로하였을 것

② 피보험자가 이직일 이전 18개월 동안에 질병·부상, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 계속하여 30일 이상 보수의 지급을 받을 수 없었던 경우에는 18개월에 그 사유로 보수를 지급 받을 수 없었던 일수를 가산한 기간을 기준기간(3년을 초과할 때에는 3년)으로 한다.

제69조의3(구직급여의 수급 요건)

구직급여는 폐업한 자영업자인 피보험자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에 지급한다.

1. 폐업일 이전 24개월간 제41조제1항 단서에 따라 자영업자인 피보험자로서 갖춘 피보험 단위기간이 통산(通算)하여 1년 이상일 것
2. 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업을 하지 못한 상태에 있을 것
3. 폐업사유가 제69조의7에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하지 아니할 것
4. 재취업을 위한 노력을 적극적으로 할 것

【 고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 】

제5조(보험가입자)

①「고용보험법」을 적용받는 사업의 사업주와 근로자는 당연히 「고용보험법」에 따른 고용보험(이하 "고용보험"이라 한다)의 보험가입자가 된다.

②「고용보험법」 제8조 단서에 따라 같은 법을 적용하지 아니하는 사업의 사업주가 근로자(「고용보험법」 제10조에 따른 적용 제외 근로자는 제외한다. 이하 이 항에서 같다)의 과반수의 동의를 받아 공단의 승인을 받으면 그 사업의 사업주와 근로자는 고용보험에 가입할 수 있다.

제6조(보험의 의제가입)

① 제5조제1항에 따라 사업주 및 근로자가 고용보험의 당연가입자가 되는 사업이 사업규모의 변동 등의 사유로 「고용보험법」 제8조 단서에 따른 적용 제외 사업에 해당하게 되었을 때에는 그 사업주 및 근로자는 그 날부터 제5조제2항에 따라 고용보험에 가입한 것으로 본다.

제8조(사업의 일괄적용)

① 제5조제1항 또는 같은 조 제3항에 따른 보험의 당연가입자인 사업주가 하는 각각의 사업이 다음 각 호의 요건에 해당하는 경우에는 이 법을 적용할 때 그 사업의 전부를 하나의 사업으로 본다.
1. 사업주가 동일인일 것
2. 각각의 사업은 기간이 정하여져 있을 것
3. 사업의 종류 등이 대통령령으로 정하는 요건에 해당할 것

② 제1항에 따른 일괄적용을 받는 사업주 외의 사업주가 제1항제1호의 요건에 해당하는 사업(산재보험의 경우에는 고용노동부장관이 정하는 사업종류가 같은 경우로 한정한다)의 전부를 하나의 사업으로 보아 이 법을 적용받으려는 경우에는 공단의 승인을 받아야 하며, 승인을 받은 경우에는 공단이 그 사업의 사업주로부터 일괄적용관계 승인신청서를 접수한 날의 다음 날부터 일괄적용을 받는다. 이 경우 일괄적용관계가 제3항에 따라 해지되지 아니하는 한 그 사업주는 그 보험연도 이후의 보험연도에도 계속 그 사업 전부에 대하여 일괄적용을 받는다.

제49조의2(자영업자에 대한 특례)

① 근로자를 사용하지 아니하거나 50명 미만의 근로자를 사용하는 사업주로서 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 자영업자(이하 "자영업자"라 한다)는 공단의 승인을 받아 자기를 이 법에 따른 근로자로 보아 고용보험에 가입할 수 있다.

② 제1항에 따라 보험에 가입한 자영업자가 50명 이상의 근로자를 사용하게 된 경우에도 본인이 피보험자격을 유지하려는 경우에는 계속하여 보험에 가입된 것으로 본다.

4-16. 장기구직급여지원금(31/61일이상)【갱신계약】특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 피보험자가 제8조(특별약관의 보장개시일)에서 정한 「보장개시일」 이후에 「고용보험법」에서 정한 고용보험의 법적요건을 충족하여 구직급여 수급자격을

인정받고, 실업인정기간에 대하여 구직급여를 31일이상 계속 수령한 경우에는 아래에 정한 금액을 장기구직급여지원금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
31일 ~ 60일 구직급여수령시	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
61일 이상 구직급여수령시	이 특별약관의 보험가입금액 50% 추가지급	이 특별약관의 보험가입금액 100% 추가지급	이 특별약관의 보험가입금액 100% 추가지급

2 보험계약일로부터 1년의 판단은 구직급여를 계속 수령한지 31일째, 61일째 해당일을 기준으로 합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 아래 각 호에 모두 해당되는 자로 합니다.

1. 180일 이상 근무하고 고용보험법 제2조(정의) 제1호【별표】((관련 법규) 참조)에 의한 고용보험법에 의한 고용보험의 피보험자란에 기재된 자로써 아래의 어느 하나에 해당하는 자
   가.「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」제5조 제1항 · 제2항, 제6조제1항, 제8조제1항 · 제2항【별표】((관련 법규) 참조)에 따라 보험에 가입되거나 가입된 것으로 보는 근로자
   나.「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」제49조의2제1항 · 제2항【별표】((관련 법규) 참조)에 따라 고용보험에 가입하거나 가입된 것으로 보는 자영업자
2. 보험증권에 피보험자로 기재된 자

제3조(구직급여의 정의)

1 이 특별약관에서 「구직급여」라 함은 고용보험법 제37조(실업급여의 종류) 제1항의 구직급여【별표】((관련 법규) 참조)를 의미합니다.

2 이 특별약관에서 「구직급여 수급자격 인정」이라 함은 고용보험법 제40조(구직급여의 수급 요건) 또는 동법 제69조의3(구직급여의 수급 요건)에 따라 구직급여 수급 요건을 충족하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 구직급여 수급이 종료된 후 재취업하여 고용보험법에서 정한 구직급여 수급자격을 다시 인정받아 구직급여를 수령할 경우에는 이를 새로운 구직급여의 수급으로 봅니다.

2 피보험자가 구직급여를 수령하던 중에 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속 중인 구직급여 수령기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 장기구직급여지원금을 계속 보상합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 구직급여 수급자격의 판정기준이 고용보험법 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 구직급여 수급자격을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 고용보험법에서 정한 허위 기타 부정한 방법으로 구직급여를 수령한 것으로 판명된 경우에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 더 이상 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 고용보험수급자격증, 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 장(長) 발행)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

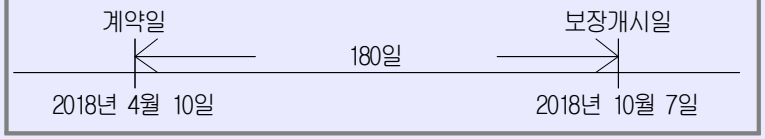
1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 실업한 경우
2. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을

경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 보장개시일)

① 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날에 시작합니다.

<보장개시일 예시>



② 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제8조(특별약관의 보장개시일)의 규정에 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망하였을 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 법령의 개정에 따라 구직급여 수급자격의 판정기준이 폐지되어 구직급여를 수령할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】 관련 법규

- 구직급여일당(1일이상 90일한도)【갱신계약】특별약관의【별표】참조

4-17. 상해 · 질병구직급여지원금【갱신계약】특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 피보험자가 제8조(특별약관의 보장개시일)에서 정한「보장개시일」이후에 발생한 질병, 부상 등으로 인하여 「고용보험법시행규칙 제101조 제2항 관련 별표2의 9의 사유」로 정당한 실업상태가 된 후「고용보험법」에서 정한 고용보험의 법적요건을 충족하여 구직급여 수급자격을 인정받고, 실업인정기간에 대하여 구직급여를 수령한 경우에는 아래에 정한 금액을 상해 · 질병구직급여지원금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
상해 · 질병 구직급여지원금	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

【 고용보험법시행규칙 제101조 제2항 관련 별표2의9의 사유 】

체력의 부족, 심신장애, 질병, 부상, 시력 · 청력 · 촉각의 감퇴 등으로 피보험자가 주어진 업무를 수행하는 것이 곤란하고, 기업의 사정상 업무종류의 전환이나 휴직이 허용되지 않아 이직한 것이 의사의 소견, 사업주 의견 등에 근거하여 객관적으로 인정되는 경우

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 아래 각 호에 모두 해당되는 자로 합니다.

1. 180일 이상 근무하고 고용보험법 제2조(정의) 제1호【별표】((관련 법규) 참조)에 의한 고용보험법에 의한 고용보험의 피보험자란에 기재된 자로써 아래의 어느 하나에 해당하는 자
   가.「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」제5조 제1항 · 제2항, 제6조제1항, 제8조제1항 · 제2항【별표】((관련 법규) 참조)에 따라 보험에 가입되거나 가입된 것으로 보는 근로자
   나.「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」제49조의2제1항 · 제2항【별표】((관련 법규) 참조)에 따라 고용보험에 가입하거나 가입된 것으로 보는 자영업자
2. 보험증권에 피보험자로 기재된 자

제3조(구직급여의 정의)

① 이 특별약관에서 「구직급여」라 함은 고용보험법 제37조(실업급여의 종류) 제1항의 구직급여(【별표】(관련 법규) 참조)를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「구직급여 수급자격 인정」이라 함은 고용보험법 제40조(구직급여의 수급 요건) 또는 동법 제69조의3(구직급여의 수급 요건)에 따라 구직급여 수급 요건을 충족하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 피보험자가 구직급여 수급이 종료된 후 재취업하여 고용보험법에서 정한 구직급여 수급자격을 다시 인정받아 구직급여를 수령할 경우에는 이를 새로운 구직급여의 수급으로 봅니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 구직급여 수급자격의 판정기준이 고용보험법 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 구직급여 수급자격을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 고용보험법에서 정한 허위 기타 부정한 방법으로 구직급여를 수령한 것으로 판명된 경우에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 더 이상 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 고용보험수급자격증, 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 장(長) 발행)
4. 의사소견서(상해, 질병으로 인하여 고용업체에서의 업무수행이 더 이상 불가능하다는 소견서)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 무효)

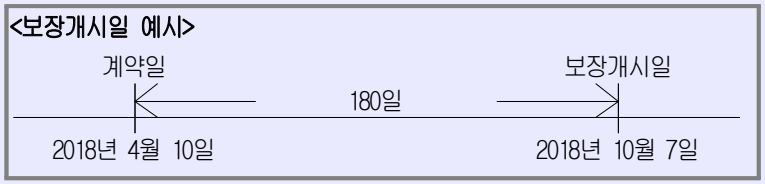
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 실업한 경우
2. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 보장개시일)

① 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날에 시작합니다.

<보장개시일 예시>



② 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제8조(특별약관의 보장개시일)의 규정에 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망하였을 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 법령의 개정에 따라 구직급여 수급자격의 판정기준이 폐지되어 구직급여를 수령할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

【별표】 관련 법규

- 구직급여일당(1일이상 90일한도)【갱신계약】특별약관의【별표】참조

재물손해 및 배상책임 일반조항

제1조(목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 재물손해 및 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 배상책임의 경우 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제3조(보험금의 지급절차)

<재물손해 관련 특별약관>

① 회사는 제2조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 접수 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산" (보통약관【별표-1】참조) 에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

<배상책임 관련 특별약관>

① 회사는 제2조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 접수 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 지급기일이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산" (보통약관【별표-1】참조) 에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제4조(손해방지의무)

<재물손해 관련 특별약관>

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

<배상책임 관련 특별약관>

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다.)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 각 특별약관에서 정한 보상하는 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 따라 증가된 손해

제5조(대위권)

<재물손해 관련 특별약관>

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

<배상책임 관련 특별약관>

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제6조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

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

제7조(주소변경통지)

계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제8조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 『계약 전 알릴 의무』라 하며, 상법상 『고지의무』와 같습니다)합니다.

제9조(계약 후 알릴 의무)

<재물손해 관련 특별약관>

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

1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 보험의 목적을 양도할 때
3. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
4. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 변경되는 경우
5. 보험의 목적 또는 보험의 목적이 들어있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워 두거나 휴업하는 경우
6. 보험의 목적을 다른 곳으로 옮길 때
7. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준

비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

③ 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

<배상책임 관련 특별약관>

① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

③ 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제10조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제9조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 보통약관 일반조항 제35조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(각 특별약관의 보장)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제11조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제12조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 보험의 목적 및 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료(이하 '제1회 보험료 등'이라 합니다)를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승

낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료 등을 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제13조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 『보험계약대출이율』을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 “보험계약대출”이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 “보험계약대출이율”이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다

【전문보험계약자】

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

제14조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 약관의 중요한 내용을 설명한 문서를 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

2 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자, 피보험자가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

【통신판매계약】
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

【자필서명】
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

제15조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 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.

제16조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제17조(제1회 보험료 등 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료 등을 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료 등을 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료 등을 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료 등을 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제8조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제10조(알릴 의무 위반의 효과), 제11조(사기에 의한 계약), 제15조(특별약관의 무효), 제19조(특별약관의 해지) 및 각 특별약관의 『보상하지 않는 손해』 조항의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료 등을 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료 등을 받은 경우에는 제1회 보험료 등을 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제18조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 보통약관 일반조항 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【강제집행】
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

【담보권실행】
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

【국세 및 지방세 체납처분 절차】
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제19조(특별약관의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 해지환급금을 지급합니다.

제20조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 보통약관 일반조항 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제21조(준용규정)

재물손해 및 배상책임 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 재물손해 및 배상책임 일반조항에서는 보통약관 일반조항 제3조(보험금의 지급사유), 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무),제22조(계약의 무효), 제25조(계약의 소멸), 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

재물손해 관련 특별약관

5-1. 골프용품손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함)중에 생긴 아래의 손해를 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

1. 보험증권에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방, 그 밖의 골프용구 또는 피복류를 말합니다. 이하 같습니다)에 생긴 화재(벼락 포함)
2. 우연한 사고로 골프채가 부러지거나 휘어지거나 또는 파손됨으로써 생긴 손해
3. 보험증권에 기재된 골프용품의 도난손해

② 회사는 보험의 목적인 골프용품에 제1항에서 정한 손해가 발생한 때에는 다음과 같이 보상하여 드립니다.

1. 손해가 발생된 보험의 목적 시가에 의해 산정한 금액을 이 특별약관의 보험가입한도로 보상하여 드립니다.
2. 손해가 발생된 보험의 목적을 수선하게 될 때에는 보험목적을 손해발생 직전의 상태로 복구시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 도난된 보험의 목적을 찾을 경우 그에 소요된 정당한 비용은 지급합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 골프용품의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다)의 고의
2. 골프용품에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹, 변색, 쥐나 또는 벌레로 인한 손해
3. 분실
4. 계약자, 피보험자의 고의 또는 중대한 과실

※ 민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위
: 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

제3조(손해의 통지 및 조사)

① 보험의 목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

② 계약자 또는 피보험자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

③ 계약자 또는 피보험자는 제1조(보상하는 손해) 제1항의 제3호에 의한 도난손해 발생시 제1항의 절차를 마친 후 지체없이 아래의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 관할 경찰관서의 도난신고 접수 확인서. 그러나 이를 얻기 어려울 때에는 인근 주민의 확인서
2. 그밖의 필요한 증거자료

④ 회사가 제1항에 대한 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제4조(지급보험금의 계산)

① 회사는 보상하는 손해의 골프용품손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 손해액 전액을 보상하여 드립니다.

② 동일한 보험계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있는 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1명에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이계약과 지급보험금의 계산방법을 같이 하는 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이계약과 지급보험금의 계산방법을 달리 하는 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

3 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험의 목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항에 따라 지급보험금을 계산합니다.

제5조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제6조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제7조(잔존물 및 도난품의 귀속)

1 회사가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 제1호 및 제2호의 보험금을 지급하고 잔존물을 취득할 의사표시를 하는 경우에는 그 잔존물은 회사의 소유가 됩니다.

2 회사가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 제3호에 의해 보험금을 지급하였을 때에는 도난당한 보험의 목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 소유권을 가집니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 그 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제8조(보험의 목적에 대한 조사)

회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험의 목적 또는 이들이 들어 있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에서 규정하는 보상하는 손해가 추가로 발생할 수 없는 경우 이 특별약관은 소멸하며, 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 그 때까지 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 재물손해 및 배상책임 일반조항을 따릅니다.

배상책임 관련 특별약관

6-1. 골프활동중배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해의 범위)

회사가 보상하는 1사고당 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   - 가. 피보험자가 재물손해 및 배상책임 일반조항 제4조(손해방지의무) 제1항 1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
   - 나. 피보험자가 재물손해 및 배상책임 일반조항 제4조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   - 마. 피보험자가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제2조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다. 이하 같습니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 생긴 사고(이하 『골프장내 사고』라 합니다)로 타인의 신체 및 재물에 대한 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 따라 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상하여 드립니다.
6. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.
【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호의 '다' 목 또는 '라' 목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

① 제1조(보상하는 손해의 범위)의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매 회의 사고마다 자기부담금(1사고당 2만원)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 금액으로 합니다.

② 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 '가' 목, '나' 목 또는 '마' 목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 '다' 목 또는 '라' 목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

제6조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 이 특별약관이 의무보험인 경우에는 그러하지 않으며, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)을 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로써 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 '의무보험에서 보상하는 금액'으로 봅니다.

제7조(보험금의 분담)

① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

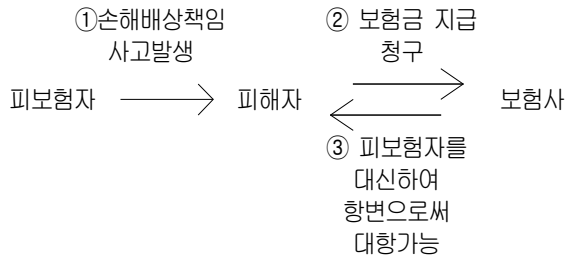
① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

【손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

제9조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피

해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

5 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

【보상책임을 지는 한도】
동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

제10조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제11조(조사)

1 회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제12조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에서 규정하는 보상하는 손해가 추가로 발생할 수 없는 경우 이 특별약관은 소멸하며, 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 그 때까지 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 재물손해 및 배상책임 일반조항을 따릅니다.

기타 특별약관

7-1. 적립보험료 납입면제 대체납입II 특별약관

제1조(보통약관의 적립보험료 납입면제 대체납입)

1 회사는 피보험자가 보통약관의 보험료 납입기간 중 보통약관 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 발생시 아래의 금액을 이 특별약관의 보험금(이하, 「보험금」이라 합니다)으로 지급사유 발생해당일에 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 이 경우에는 보통약관 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제) 제4항에도 불구하고 계약자는 적립보험료를 제3항 및 제4항의 방법에 따라 납입할 수 있습니다.

구분	지급금액	지급시기 및 지급횟수
3년납 가입시	이 특별약관의 보험가입금액	매월 지급사유 발생해당일에 3년간 확정지급(36회)
5년납 가입시		매월 지급사유 발생해당일에 5년간 확정지급(60회)
10년납 가입시		매월 지급사유 발생해당일에 10년간 확정지급(120회)
15년납 가입시		매월 지급사유 발생해당일에 15년간 확정지급(180회)
20년납 가입시		매월 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(240회)
30년납 가입시		매월 지급사유 발생해당일에 30년간 확정지급(360회)

【예시】

(기준: 보험가입금액 1만원, 납입기간 20년, 월납 기준)

총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
240만원	보험가입금액 × 납입기간 × 12회	1만원	1만원

2 제1항의 보험금은 보험수익자의 요청에 따라 일시에 지급 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보험수익자가 적립보험료 납입면제 대체납입 보험료 전환을 요청한 경우에는 회사는 보험수익자에게 보험금을 지급하지 않고 그 보험금으로 적립보험료를 대체납입하여 드립니다.

4 제3항에 따라 회사가 적립보험료를 대체납입 할 때에는 회사는 잔여 납입기간동안의 적립보험료를 평균공시이율로 할인한 금액(이하 「대체납입 적립보험료」라 합니다)을 일시에 납입해 드리며 「잔여 보험금」은 보험수익자에게 지급합니다. 이 때, 「잔여 보험금」은 제2항에 따라 계산된 총 일시지급 보험금에서 「대체납입 적립보험료」를 차감한 금액을 말합니다.

5 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 보통약관 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(특별약관 내용의 변경)

1 이 특별약관의 내용의 변경은 보통약관 일반조항 제23조(계약내용의 변경 등)를 준용합니다.

2 제1항에도 불구하고 회사는 계약자가 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 보통약관 보험계약의 적립보험료를 변경할 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 동일하게 변경하여 드립니다. 또한 보통약관 보험계약의 보험료 납입기간을 변경할 때에도 이 특별약관의 보험기간을 동일하게 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관은 피보험자가 보통약관 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 발생시에는 자동으로 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(특별약관 계약의 보장개시일)

이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입 및 보험료 납입기간)

① 이 특별약관의 보험료는 이 특별약관의 보험료 납입기간 중에 보통약관의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 보통약관의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특별약관의 보험료 납입기간은 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

7-2. 강력범죄피해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄피해보장 보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 사망보험금의 경우에는 피보험자의 법정상속인, 그 이외의 보험금은 피보험자)에게 지급합니다.

1. 형법 제 24장에서 정하는 살인죄
2. 형법 제 25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제 32장에서 정하는 정조에 관한 죄 중 강간죄
4. 형법 제 38장에서 정하는 강도죄
5. 폭력행위등처벌에관한법률(이하 『폭처법』이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행, 제5호의 폭력 등의 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.

③ 제1항의 『신체』는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 『폭처법』 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 경우
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 경우
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【고용관계】
피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 일반조항 제8조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
2. 의사진단서

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 『보험

료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

무배당 KB손보 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관

실손 의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

1 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 총 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

2 회사는 이 약관의 명칭에 '실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은【별표1】과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

(1) 상해입원

1 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는

입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

구분		보상금액
표준형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여[주)]' 를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선택형II	입원실료, 입원제비용 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)' 의 90%에 해당하는 금액과 '비급여[주)](본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)' 의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여[주)](상급병실료 차액은 제외합니다)' 의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 '비급여'라 함은「국민건강보험법」또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

2 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

3 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

4 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

(i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우



(ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우



5 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합

니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.

6 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

(2) 상해통원

1 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주1)]'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액[주2)]의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
처방조제비	처방전 1건당 '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주1)]'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액[주2)]의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.

<표1> 항목별 공제금액

구 분		항 목	공제금액
표준형	외래(외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
선택형 II	외래(외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

구 분		항 목	공제금액
선택형 II	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액 (보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액 (보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
	처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

2 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속중인 통원 치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



3 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

4 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

5 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액[외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다]의 한도 내에서 보상합니다.

6 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

【「의료법」 제3조(의료기관)】

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

※ 「의료법」 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원 : 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

※ 「의료법」 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원 : 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

(3) 질병입원

1 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)을 한도 내에서 보상합니다.

구분		보상금액
표준형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주]'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선택형II	입원실료, 입원제비용 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 90%에 해당하는 금액과 '비급여[주](본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여[주](상급병실료 차액은 제외합니다)'의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 '비급여'라 함은「국민건강보험법」또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

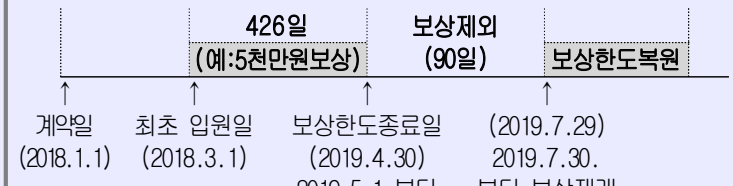
2 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.

3 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

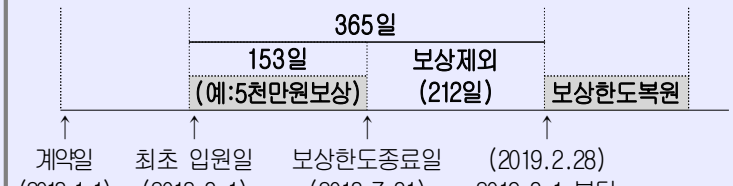
4 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

(i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우



(ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우



5 "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.

6 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.

7 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

8 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

9 제8항에서 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 이 약관 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

(4) 질병통원

1 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여[주1)]' 를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액' 을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액[주2)]의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
처방조제비	처방전 1건당 '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여[주1)]' 를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액' 을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액[주2)]의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다.

<표1> 항목별 공제금액

구 분		항 목	공제금액
표준형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액

구 분		항 목	공제금액
선택형Ⅱ	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
	처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

2 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속중인 통원 치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



3 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

4 "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.

5 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.

6 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액[외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다]의 한도 내에서 보상합니다.

7 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

8 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

9 제8항에서 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이란 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 상해입원

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연

습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

(2) 상해통원

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 통원한 경우
6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안

발생한 상해는 보상합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

(3) 질병입원

① 회사는 다음의 사유로 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비

② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
   (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

3 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

(4) 질병통원

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

2 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

3 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 단순한 피로 또는 권태
나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
13. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.

1. 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
2. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)
3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)
4. 제1호, 제2호, 제3호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다)또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제1항 제1호에서 제4호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제5조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자

또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

4 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표2】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

5 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

6 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

7 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

8 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

9 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제8조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

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

【사업방법서】
회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

제9조(주소변경의 통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 “고지의무”와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라

합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 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 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

③ 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 『변경전 요율』 이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 『변경후 요율』 이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 대해서는 삭감하지 않습니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 『반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다』 라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약

을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
8 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해당 약관이 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제14조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제15조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제16조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.

1. 진단계약
2. 보험기간이 1년 미만인 계약
3. 전문보험계약자가 체결한 계약

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

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약을 철회할 수 있습니다.
4 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.

【보험계약대출이율】
계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 “보험계약대출”이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 “보험계약대출이율”이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제17조(약관 교부 및 설명 의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여

야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

【통신판매계약】
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

2 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우

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

5 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

【자필서명】
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

제18조(계약의 무효)

1 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

2 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

1. 보험종목 또는 보장종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

2 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.

3 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】
계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

5 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
6 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제20조(보험나이 등)

1 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일
⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 30세

【계약해당일】
최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.
예시) 계약일: 2018년 10월 1일 => 계약해당일: 10월 1일
계약일: 2020년 2월 29일 => 계약해당일: 2월 말일

제21조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【사망에 관한 세부규정】
이 보험에서 정하는 사망은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제22조(계약의 재가입에 관한 사항)

1 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음날로 재가입할 수 있습니다.
1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

2 계약자가 제1항에 따라 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
3 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 이를 적용하지 않습니다.
4 회사가 제3항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
5 회사는 제4항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시

알려 드립니다.

제7관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.

4 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】
계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내용을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항의 규정에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

3 제1항과 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 이루어진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음을 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용.
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.

④ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑤ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 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 제11조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

【강제집행】
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
【담보권실행】
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
【국세 및 지방세 체납처분 절차】
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제8관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제29조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)
① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)
① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(해지환급금)
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표2】에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제33조(보험계약대출)
① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 다만, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있습니다.
③ 계약자가 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 보험계약대출금과 그 이자를 상환하지 않은 경우 회사는 그 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
④ 제3항에도 불구하고 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 경우 회사는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
⑤ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조(배당금의 지급)
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제35조(다수보험의 처리)

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

(각 계약의 보상대상의료비 중 최고액 − 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) × $\frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$

제36조(연대책임)

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 지정대리청구에 관한 사항

제37조(적용대상)

이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제38조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 2년이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제39조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제37조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제39조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제40조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제41조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차)

1 지정대리청구인은 제40조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제37조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제11관 분쟁의 조정 등

제42조(분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제43조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원이 하는 것으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제44조(소멸시효)
보험금 청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2018년 9월 1일에 발생하였음에도 2021년 9월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제45조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제46조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】
계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다.

제47조(회사의 손해배상책임)
1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
4 회사가 제17조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
5 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제48조(개인정보보호)
1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

【개인정보보호법】

- 제17조(개인정보의 제공) : 회사는 계약자 등의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 계약자 등에게 알려야 하며, 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
  1. 개인정보를 제공받는 자
  2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률】

- 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항 : 회사가 개인의 질병에 관한 정보를 수집하거나 타인에게 제공하는 경우 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령이 정하는 목적으로만 그 정보를 이용해야 한다.
- 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) : 회사가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우 다음 각 호 중 하나의 방식으로 미리 동의를 얻어야 한다.
  1. 서면
  2. 전자서명법에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서
  3. 유무선통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
  4. 유무선통신으로 동의 내용을 알리고 동의를 받는 방법
  5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

제49조(준거법)

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

제50조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

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

제12관 기타 운용에 관한 사항

제51조(계약의 소멸에 따른 책임준비금의 정산)

제21조(계약의 소멸)에서 정한 피보험자의 사망으로 인하여 계약이 소멸하는 경우 이 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제52조(계약의 자동갱신)

1 이 계약의 보험기간은 1년으로 합니다.

2 이 계약이 정상적으로 유지되고 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 이 계약의 만기되는 날의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 『갱신전 계약』이라 합니다)과 동일한 내용으로 이 계약의 만기일의 다음날(이하 『갱신일』이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 계약(이하 『갱신후 계약』이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간(보장내용 변경주기) 이내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한연령의 범위 이내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 제1항 내지 제2항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

4 알릴의무에 대하여는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

제53조(자동갱신 적용)

1 회사는 제52조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다.

2 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

3 회사는 제52조(계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제2항의 갱신

계약 보험료에 대하여 갱신 전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.

< 예시 : 40세의 피보험자가 1년만기로 갱신하는 경우>

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 보험료는 가입 1년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 41세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 4,950원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 3년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(42세 → 43세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 7,020원을 납입합니다.

구 분	40세	41세	42세	43세	…	비 고
실제 납입보험료	**5,000원**	**4,950원**	**5,400원**	**7,020원**	**…**	
최초계약 보험료표	**5,000원**	5,500원	6,000원	6,500원	….	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,500원	**4,950원**	5,400원	5,850원	…	나이증가 위험률인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,500원	4,950원	**5,400원**	5,850원	…	나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	5,400원	5,940원	6,480원	**7,020원**	…	나이증가 위험률상승
:	:	:	:	:	:	

제54조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제52조(계약의 자동갱신)에 의해 이 계약이 자동 갱신된 경우에는 갱신보장의 제1회 보험료를 갱신 일까지 납입하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신보장의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않는 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장은 해지된 것으로 봅니다.

③ 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제55조(갱신계약의 보장개시)

제52조(계약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장의 보장개시는 갱신일 당일로 합니다.

【별표1】 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함. 이 계약의 평균공시이율은 2.5%임
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며,

용 어	정 의
	토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식

용 어	정 의
	대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	회사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자

용 어	정 의
	및 피부양자의 질병 · 부상 등에 대한 다음 각 호의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」 에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경

용 어	정 의
상한제	된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중

용 어	정 의
	'종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제' * *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제(항진균제포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제'와 '화학요법제', '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제' * *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)* * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (「보건복지부」에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 상의 MRI 범주에 따름)

【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	적립기간	적립이율
보장보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 날짜단위로 계산합니다.

2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

실손의료비 추가【갱신계약】 특별약관

1. 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비【갱신계약】특별약관 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장종목)

1 회사가 판매하는 비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여주)「도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료」를 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

2 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

1 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위

2 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

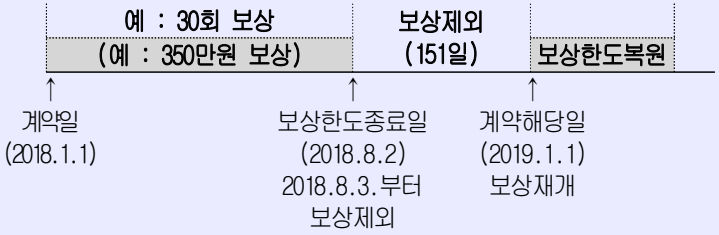
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료를 받은 경우 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상 대상 의료비	「도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료」로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)
공제 금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상 한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회주)까지 보상

주) 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상합니다.

<보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우



2 피보험자가 병원에 1회 통원(또는 1회 입원)하여 이 특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

3 제1항에서 보상하는 비급여 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 행위별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 확인을 요청할 수 있습니다.

4 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

5 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보

상하지 않습니다.

6 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2018.1.1)	계약해당일 (2019.1.1)	계약해당일 (2020.1.1)	계약종료일 (2020.12.31)	보상종료 (2021.6.29)

7 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료 비급여의료비를 계산합니다.

8 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

9 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이 란 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명되는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
   마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관을 따릅니다.

2. 비급여 주사료 실손의료비 【갱신계약】 특별약관
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장종목)

1 회사가 판매하는 비급여 주사료 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여[주]에 해당하는 주사료를 부담하는 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

2 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 주사료 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

1 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단목적제제'[주] 주)「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제' 및 '화학요법제', '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'[주] 주)「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품[주] 주)「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

2 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

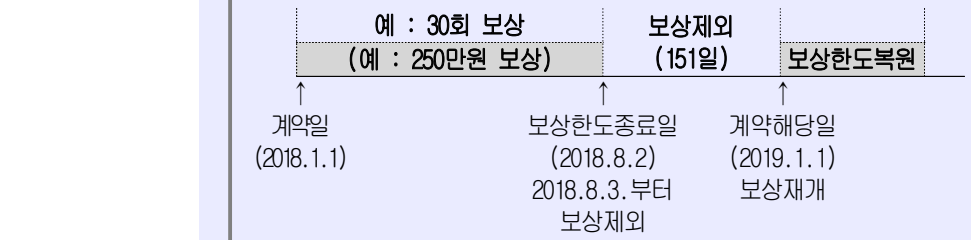
회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

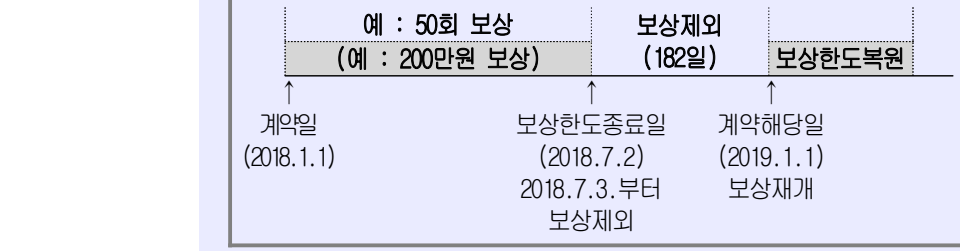
구분	내 용
보상 대상 의료비	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료
공제 금액	입원·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상 한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

<보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 250만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 250만원 미만이나 50회 모두 보상한 경우



2 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품를 위해 사용된 비급여 주사료는 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관에서 보상합니다.

3 피보험자가 병원에 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

4 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 질병 또는 상해 치료목적으로 퇴원 당일 다른 병원으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.

5 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액을 결정하기 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

6 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

7 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.

8 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



계약일	계약해당일	계약해당일	계약종료일	보상종료
(2018.1.1)	(2019.1.1)	(2020.1.1)	(2020.12.31)	(2021.6.29)

9 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 주사료를 계산합니다.

10 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

11 제10항에서 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

12 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명되는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

4 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.

3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환순한 피로 또는 권태
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
   마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
12. 증식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관을 따릅니다.

3. 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비【갱신계약】특별약관

(【갱신계약】 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장종목)

1 회사가 판매하는 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여[주] 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

2 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

1 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)

2 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 「자기공명영상진단」을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상 대상 의료비	「자기공명영상진단」을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)
공제 금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상 한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 300만원 한도이내에서 보상

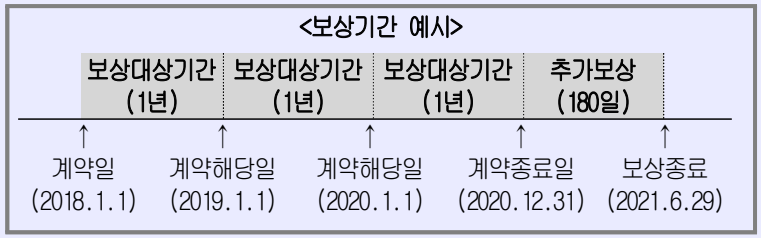
2 피보험자가 병원에 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

3 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

4 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.

5 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 보상금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



6 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 의료비를 계산합니다.

7 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

8 제7항에서 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명되는경우에는 제3조 (보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

4 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만,「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해 서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적

으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.

3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
   마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비【갱신계약】특별약관을 따릅니다.

제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(보통약관 및 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다, 이하 "보험계약"이라 합니다.)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 일반조항 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

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

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다.)한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차【1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125㏄이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다)】와 배기량이 50㏄미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59㎾미만)인 이륜자동차를 말합니다.

3 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 보험계약과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

2. 선지급서비스 특별약관

제1조(적용대상)

1 계약자와 동일한 피보험자에 대해서만 이 선지급서비스 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다)을 부가할 수 있습니다.

2 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

3 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 『사망보장특별약관』이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

제2조(지급사유)

1 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단 결과 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하 『보험금』이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.

3 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

4 사망보장특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

5 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 남은 생존기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원금과 이자의 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
6 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유)의 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 지정대리청구인)

1 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리지정하거나 또는 제5조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경지정한 다음의 자(이하 『지정대리청구인』 이라 합니다)가 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험금 수익자의대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.

1. 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
2. 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌이내의 친족

2 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제5조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본
4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

제6조(보험금의 청구)

1 피보험자 또는 지정대리청구인은 제1조에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(종합병원에서 발급한 진단서)
3. 보험증권
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 피보험자의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
6. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
7. 기타, 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10일 이내에 드립니다.
2 제1항에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에는 진단을 받지 않는 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
3 회사는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 지급기일 내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” (보통약관 【별표-1】 참조) 에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제8조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망보장특별약관을 따릅니다.

3. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가하여 이루어집니다. 단, 제2호에 해당하는 경우 계약자의 동의가 필요합니다.

1. 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
2. 보험계약을 체결한 후 보통약관 일반조항 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 등으로 보장을 제한하는 경우

② 제1항에 따라 보장을 제한하는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력과 관련이 있는 특정 신체부위 또는 특정 질병(**【별표1】**(특정 신체부위·질병 분류표Ⅲ) 참조)으로 제한하여 적용하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 또한 회사는 이 특별약관이 부가된 경우 계약자에게 보장제한부 인수 범위 및 사유를 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제1절 일반조항 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 보통약관 및 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 **【별표1】**(특정 신체부위·질병 분류표Ⅲ)중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만 질병으로 인하여 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하「후유장해」라 합니다)되어 **【별표】**(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 회사가 지정한 부위(이하「특정 신체부위」라 합니다)에 발생한 질병(**【별표1-1】**(특정 신체부위 분류표Ⅲ)) 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
2. 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다) (**【별표1-2】**(특정질병 분류표Ⅲ))

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정 신체부위 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 특정 신체부위에 발생한 질병 및 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병이

외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

5 피보험자가 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 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

7 제1항의 특정 신체부위와 특정질병을 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

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

【별표】(장해분류표) - 보통약관 별표 참조

【별표1】

특정 신체부위 질병 분류표Ⅲ

【별표1-1】특정 신체부위 분류표Ⅲ

코드	특 정 부 위
201	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
202	식도
203	위, 십이지장
204	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
205	대장(맹장, 직장 제외)
206	직장
208	간
210	췌장
211	비장
212	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
213	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
214	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
215	인두 및 후두(편도 포함)
216	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
219	신장
221	요관, 방광 및 요도
222	전립선
225	유방(유선 포함)
226	자궁(자궁체부(자궁몸통) 포함)
228	질 및 외음부
227	난소 및 난관
224	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
217	갑상선
218	부갑상선
229	피부(두피 및 입술 포함)
230	상·하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
231	경추부(해당신경 포함)
232	흉추부(해당신경 포함)
233	요추부(해당신경 포함)
234	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
235	쇄골
236	늑골(갈비뼈)

코드	특 정 부 위
237	왼쪽 어깨
238	오른쪽 어깨
239	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
240	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
241	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
242	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
243	왼쪽 고관절
244	오른쪽 고관절
245	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
246	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
247	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
248	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
207	항문
209	담낭(쓸개) 및 담관
220	부신
223	음경
249	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
250	자궁체부(자궁몸통) (제왕절개술을 받은 경우에 한함)

【별표1-2】 특정질병 분류표Ⅲ

코드	특 정 질 병	분류코드
301	담석증	K80
302	요로결석증	N20~N23
303	등병증	M40~M43, M45~M51, M53~M54
304	결핵	A15~A19, M01.1*, M49.0*, M90.0*, N33.0*, N74.0*, N74.1*, K67.3*, K93.0*
305	하지의 정맥류	I83
306	골반염	N73~N74, A18.15+, A18.16+

코드	특 정 질 병	분류코드
307	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 관절증 류마티스폐질환 기타 골연골병증 연골의 기타 장애	M00~M03 M05~M14 M15~M19 J99.0* M93 M94
308	심장질환	I00~I02, I05~I09, I11, I13, I20~I25, I26~I28, I30~I52, I97, P29, Q20~Q26, R00~R01, R57, R93, B37.6+, A39.5+
309	뇌혈관질환	I60~I69, G45~G46, Q28
310	고혈압질환	I10~I13, I15, O11, O13, O14
311	당뇨(혈당치 상승 포함)	E10~E14, O24, R73
312	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
313	자궁내막증	N80
314	통풍	E79, M10
315	사시	H49~H51
316	백내장	H25~H27
317	탈장(음낭수종 및 정액류 포함)	K40~K46, N43
318	골다공증	M80~M82
319	복막의 질환	K65~K67
321	천식	J44~J46
322	바르톨린선의 질환	N75
323	암	-

4. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 매월 회사가 정하는 날 중 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 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-1. 초회보험료자동납입 추가특별약관

제1조(보험료의 납입)

1 보험계약자가 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 일반조항 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다. 다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료의 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 합니다.

2 제1항의 경우에 회사는 청약서를 접수한 날로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융기관의 해당계좌에서 제1회 보험료를 받고 보험증권을 드립니다.

제2조(계약후의 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제3조(준용규정)

이 초회보험료자동납입 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

5. 단체취급 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 다음 조건에 해당하는 계약(이하 『단체취급계약』이라 합니다)에 대하여 적용합니다.

1 보험계약자 또는 피보험자는 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 합니다.

1. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
2. 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
3. 그 밖에 단체의 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

2 보험계약자는 단체 또는 단체의 대표자 내지 단체의 소속원으로 합니다. 다만, 보험계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 그 소속원이 보험계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

3 이 특별약관의 적용을 받기 위해서는 단체에 소속된 피보험자수가 최초 계약시 5인 이상(이하 『피보험자단체』라 합니다)이거나 단체에 소속된 계약자수가 최초 계약시 5인 이상(이하 『계약자단체』라 합니다)이어야 합니다. 또한, 단체 소속원의 배우자, 자녀 또는 부모(배우자의 부모 포함)를 피보험자로 할 수 있습니다.

제2조(대표자의 선정)

단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는 자 또는 제1조(적용범위)의 제2항에서 정한 보험계약자중에서 대표자를 선정합니다.

제3조(피보험자의 추가, 감소 또는 교체)

1 단체취급계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체하고자 하는 경우에는 보험계약자나 피보험자 또는 제2조(대표자의 선정)에서 정한 대표자는 지체 없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야합니다.

2 회사의 보장은 회사가 승인한 이후부터 시작되며 회사가 승인을 거절할 사

유가 없는 한 제1항의 서면이 회사에 접수된 때를 승인한 때로 봅니다.

1. 피보험자단체에 대한 단체취급계약은 보험기간 중 피보험자 감소시에 당해 피보험자의 계약을 해지된 것으로 하며, 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 변경된 보험료를 받고, 추가 또는 환급되는 책임준비금은 받거나 돌려 드립니다. 다만, 피보험자 추가나 교체시에 회사가 받아야 할 책임준비금차액이 발생한 경우 회사의 보장은 책임준비금을 정산한 후 변경된 보험료를 납입하는 날부터 시작합니다.
2. 피보험자단체에 대한 단체취급계약에서 피보험자가 추가 또는 교체될 경우에 암과 같이 보험금을 지급하지 않는 기간이 있는 보장에 있어서는, 피보험자 추가시에는 책임준비금을 정산한 후 변경된 보험료를 납입한 날부터 보험금을 지급하지 않는 기간이 적용되며, 피보험자 교체시에는 회사의 승인일부터 보험금을 지급하지 않는 기간이 적용됩니다.
3. 계약자단체에 대한 단체취급계약은 보험기간 중 피보험자수의 감소시에 당해 피보험자의 계약을 개별계약으로 전환하여 드립니다.

3 제1항을 위반하였을 경우에는 회사는 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다..

4 제1항의 경우 추가 또는 교체 후 피보험자에 대한 계약내용 및 회사 승낙기준 등은 추가 또는 교체 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

제4조(보험료납입)

1 보험료는 단체 또는 단체의 대표자와 회사가 정한 날에 대표자가 보험계약자를 대리하여 보험료를 일괄 납입하여야 합니다. 다만, 급여이체 및 자동이체로 보험료를 납입하는 경우에는 일괄납입으로 봅니다.

2 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 드립니다. 다만, 단체 또는 단체의 대표자의 요구가 있을 경우이거나 계약자단체인 경우에는 피보험자별로 납입증명서를 발행하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 이 특별약관은 당해 보험계약자 또는 피보험자에 대하여 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

1. 보험계약자 또는 피보험자가 소속단체를 이탈하였을 때
2. 보험료를 일괄하여 납입하지 않았을 때

2 제1항의 규정에 의하여 이 특별약관이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 차회 이후의 보험료는 단체취급보험료를 적용하지 않습니다.

제6조(적용특칙)

이 특별약관에서 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 보통약관 일반조항 제22조(계약의 무효)를 적용하지 않으며, 회사는 보험계약자에게만 보험증권을 발행하여 드립니다. 다만, 보험계약자 또는 피보험자의 요청이 있는 경우에는 피보험자별로 보험증권을 발행하여 드립니다.

제7조(보험금 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음 각 호의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보통약관 일반조항 제8조(보험금의 청구) 또는 제42조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 따른 서류
2. 사망보험금의 보험수익자가 피보험자(단체구성원) 이외의 자(단체 또는 단체의 대표)로 지정되는 계약에서 사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 피보험자 법정상속인의 확인서

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호에 따른 공인전자서명(이하「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 일반조항 제21조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「보험계약 안내자료」라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않는 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관

제1조(특약의 적용)

이 "보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관" (이하 『특약』이라 합니다)은 손해의 보상을 내용으로 한 이 계약의 특별약관(이하 『보장특약』이라 합니다.)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 사전에 합의가 있을 경우에 적용합니다.

제2조(보장특약의 자동갱신)

① 이 보장특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 이 특별약관의 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 남은 기간이 갱신전 보험기간보다 작을 경우(가령 갱신전 보험기간이 3년인 경우에는 이 특별약관의 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 남은 기간이 3년 미만인 경우)에는 그 남은 기간을 보험기간으로 합니다.

< 예시 : 48세의 피보험자가 3년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 51세, 54세 ~ 72세, 75세, 78세

- 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 작아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

② 이 보장특약이 정상적으로 유지되고 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기되는 날의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 『갱신전 보장특약』이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 만기일의 다음날(이하 『갱신일』이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 특별약관(이하 『갱신보장특약』이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 제1항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

④ 알릴의무에 대하여는 보통약관 일반조항 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

제3조(자동갱신 적용)

① 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다.

② 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

③ 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.

< 예시 : 40세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우>

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 특약보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 3년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 43세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 9년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(46세 → 49세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	40세	43세	46세	49세	…	비 고
특약보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	…	
최초계약 보험료표	5,000원	6,500원	8,000원	10,000원	…	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가 위험률인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	12,500원	…	나이증가 위험률상승
:	:	:	:	:	:	

제4조(갱신보장특약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자는 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 보장계약의 보험료를 납입 완료하고, 제2조(보장특약의 자동갱신)에 의해 보장특약이 자동 갱신된 경우에는 갱신보장특약의 제1회 보험료를 갱신 일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신보장특약의 제1회 보험료를 납입하지 않는 때에는 보통약관 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않는 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제된 것으로 봅니다.

3 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

4 보통약관 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제)에도 불구하고 계약자는 제1항에 따라 이 특별약관의 보험기간동안 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장특약의 보장개시는 갱신일 당일로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장특약을 따릅니다. 다만, 보통약관 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제)는 제외합니다.

약관에서 인용된 법•규정

※ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

【법규1】

개인정보 보호법
[시행 2016.9.30.] [법률 제14107호, 2016.3.29., 일부개정]

제15조(개인정보의 수집 · 이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집 · 이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호 · 제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제5항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

② 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다. <개정 2016.3.29.>

③ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.

④ 개인정보처리자는 정보주체가 제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제3항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아

니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
⑤ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.
⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제5항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상 · 신념, 노동조합 · 정당의 가입 · 탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.3.29.>

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <신설 2016.3.29.>

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제 <2013.8.6.>
③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <개정 2015.7.24.>
④ 행정자치부장관은 처리하는 개인정보의 종류 · 규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다. <신설 2016.3.29.>
⑤ 행정자치부장관은 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016.3.29.>

【법규2】

개인정보 보호법 시행령
[시행 2016.9.30.] [대통령령 제27522호, 2016.9.29., 일부개정]

제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제18조제2항제1호 및 제22조제3항에 따른 동의를 받거나 법 제22조제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 확인할 수 있도록 선택적으로 동의할 수 있는 사항 외의 사항과 구분하여 표시하여야 한다. <신설 2015.12.30.>

③ 개인정보처리자는 법 제22조제5항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다. <개정 2015.12.30.>

④ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다. <개정 2015.12.30.>

【법규3】

국민건강보험법
[시행 2017.2.8.] [법률 제14557호, 2017.2.8., 일부개정]

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문 요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다. <개정 2016.2.3.>

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

【법규4】

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법
[시행 2016.11.30.] [법률 제14183호, 2016.5.29., 타법개정]

제15조(보건진료소의 설치 · 운영)

① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍 · 면 지역에서 보건진료소를 설치 · 운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치 · 운영한다. 다만, 시 · 구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장 · 구청장이 보건진료소를 설치 · 운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.

③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

[전문개정 2012.10.22.]

【법규5】

민법
[시행 2016.12.20.] [법률 제14409호, 2016.12.20., 일부개정]

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. <개정 1984.4.10.>

제755조(감독자의 책임)

① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

[전문개정 2011.3.7.]

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

[전문개정 1990.1.13.]

【법규6】

보험업감독규정

[시행 2016.12.29.] [금융위원회고시 제2016-48호, 2016.12.29., 일부개정]

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.<개정 2011.3.22>

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자 <개정 2016.12.29>
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자

【법규7】

보험업법

[시행 2016.8.1.] [법률 제13453호, 2015.7.31., 타법개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~18. (생략)

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
    가. 국가
    나. 한국은행
    다. 대통령령으로 정하는 금융기관
    라. 주권상장법인
    마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

[전문개정 2010.7.23.]

【법규8】

보험업법 시행령

[시행 2016.12.1.] [대통령령 제27556호, 2016.10.25., 타법개정]

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. <개정 2013.8.27., 2014.3.24., 2016.3.11., 2016.5.31.>

1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제 <2014.12.30.>
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
    가. 외국 정부
    나. 조약에 따라 설립된 국제기구
    다. 외국 중앙은행
    라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

[본조신설 2011.1.24.]

【법규9】

상법
[시행 2016.3.2.] [법률 제13523호, 2015.12.1., 일부개정]

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991.12.31.>

제657조(보험사고발생의 통지의무)
① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>

【법규10】

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
[시행 2016.9.30.] [법률 제14122호, 2016.3.29., 타법개정]

제16조(수집·조사 및 처리의 제한)
① (생략)
② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)
① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015.3.11.>
1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있

는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015.3.11.>
③ 신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015.3.11.>
⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015.3.11.>
⑥ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015.3.11.>

1. 신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리 · 활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 계약의 이행에 필요한 경우로서 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도 · 분할 · 합병 등의 이유로 권리 · 의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가 · 허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문 · 검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 대통령령으로 정하는 금융질서문란행위자 및 기업의 과점주주, 최다출자자 등 관련인의 신용도를 판단할 수 있는 정보를 제공하는 경우
10. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011.5.19., 2015.3.11.>
⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공 · 이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015.3.11.>
⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015.3.11.>
⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015.3.11.>
⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공 · 이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015.3.11.>

【법규11】

약사법

[시행 2016.12.30.] [법률 제13655호, 2015.12.29., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2007.10.17., 2008.2.29., 2009.12.29., 2010.1.18., 2011.6.7., 2013.3.23., 2014.3.18., 2016.12.2.>

1. "약사(藥事)"란 의약품 · 의약외품의 제조 · 조제 · 감정(鑑定) · 보관 · 수입 · 판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事)업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
   가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
   나. 사람이나 동물의 질병을 진단 · 치료 · 경감 · 처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구 · 기계 또는 장치가 아닌 것
   다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구 · 기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물 · 식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조 · 절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.

(이하 생략)

【법규12】

응급의료에 관한 법률

[시행 2016.12.2.] [법률 제14329호, 2016.12.2., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015.1.28.>

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담 · 구조(救助) · 이송 · 응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

[전문개정 2011.8.4.]

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.
[전문개정 2011.8.4.]

【법규13】

응급의료에 관한 법률 시행규칙
[시행 2016.1.1.] [보건복지부령 제388호, 2015.12.31., 타법개정]

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. <개정 2008.3.3., 2008.6.13., 2010.3.19.>

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【법규14】

의료법

[시행 2017.2.2.] [법률 제11252호, 2012.2.1., 일부개정]

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30., 2011.6.7.>

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.>

(이하 생략)

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

[본조신설 2009.1.30.]

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011.8.4.>

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[본조신설 2009.1.30.]

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010.1.18.>
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.>
[본조신설 2009.1.30.]

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>
② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2010.1.18.>
1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010.1.18.>
④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>
⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다. <신설 2015.1.28.>
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제4항에 따른 평가 결과 제2항 각 호의 요건을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>
⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>
[본조신설 2009.1.30.]

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. <개정 2010.1.18.,2012.2.1.>
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다. <개정 2012.2.1.>
③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다. <신설 2012.2.1.>
[전문개정 2008.10.14.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>
② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>
1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자

3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회 · 전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

【법규15】

전자서명법

[시행 2014.10.15.] [법률 제12762호, 2014.10.15., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"라 함은 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배 · 관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

(이하 생략)

[전문개정 2001.12.31.]

【법규16】

지역보건법

[시행 2016.11.30.] [법률 제14197호, 2016.5.29., 타법개정]

제10조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.

② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

장기 17-22290-1

KB 손해보험

서울특별시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩(역삼동) | 고객콜센터 1544-0114