KB금융그룹 | 국민의 평생 금융파트너

보종 24447/24448 | 장기상품개발파트 2024년 10월 제작

KB 다치면 보장받는 상해보험
(무배당)(24.04)

※ 2024년 10월 1일부터 적용

KB손해보험



걱정대신 안심으로, 든든한 생활

KB손해보험이 그린 <GREEN 지구 캠페인>
KB손해보험과 고객이 함께 만들어가는 내일! 종이약관 대신 모바일약관으로 시작하세요.

이 약관은 「금융소비자보호에 관한 법률」에 의거 내부 통제 절차를 거쳐 제공됩니다.

목 차

약관 이용 가이드북 / 요약서

약관 이용 가이드북 ····· 7

약관 요약서 ····· 11
Ⅰ. 보험계약의 개요 ····· 12
Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항 ····· 13
Ⅲ. 보험계약의 일반사항 ····· 21

공통사항

보험약관 이해하기 ····· 31
보험용어 해설 ····· 32
주요내용 요약서 ····· 33
가입자 유의사항 ····· 35
자주 발생하는 민원 ····· 38
보험금 지급절차 안내 ····· 39
보험금 청구서류 안내 ····· 41
개인신용정보 제공이용에 대한 고객 권리 안내 ····· 49
고객정보 취급방침 ····· 51

보통약관

제1절 일반조항 ····· 54

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 54
제1조(목적) ····· 54
제2조(용어의 정의) ····· 54

제2관 보험금의 지급 ····· 56
제3조(보험금의 지급사유) ····· 56
제4조(보장보험료 납입면제) ····· 56
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 57
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 57
제7조(보험금 지급사유의 통지) ····· 57
제8조(보험금의 청구) ····· 57
제9조(보험금의 지급절차) ····· 58
제10조(만기환급금의 지급) ····· 58
제11조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 59
제12조(주소변경통지) ····· 59
제13조(보험수익자의 지정) ····· 59
제14조(대표자의 지정) ····· 59

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 60
제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 60
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 60
제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 61
제18조(사기에 의한 계약) ····· 62

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 62
제19조(보험계약의 성립) ····· 62
제20조(청약의 철회) ····· 63

제21조(약관교부 및 설명의무 등) ····63
제22조(계약의 무효) ····64
제23조(계약내용의 변경 등) ····65
제24조(보험나이 등) ····65
제25조(계약의 소멸) ····65

제5관 보험료의 납입 ····66
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····66
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····66
제28조(보험료의 자동대출납입) ····67
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····67
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····67
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····68

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····68
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····68
제32조의1(위법계약의 해지) ····68
제33조(중대사유로 인한 해지) ····69
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····69
제35조(해약환급금) ····69
제36조(보험계약대출) ····69
제37조(중도인출) ····69
제38조(배당금의 지급) ····70

제7관 지정대리청구에 관한 사항 ····70
제39조(적용대상) ····70
제40조(지정대리청구인의 지정) ····70
제41조(지정대리청구인의 변경지정) ····70
제42조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구) ····70
제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차) ····70

제8관 분쟁의 조정 등 ····70
제44조(분쟁의 조정) ····70
제45조(관할법원) ····70
제46조(소멸시효) ····71
제47조(약관의 해석) ····71
제48조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····71
제49조(회사의 손해배상책임) ····71
제50조(개인정보보호) ····71
제51조(준거법) ····72
제52조(예금보험에 의한 지급보장) ····72

제2절 보통약관의 보장 ····72
1. 일반상해80%이상후유장해 ····72
2. 일반상해사망 ····73

특별약관

제1장 상해 관련 특별약관
1. 통합상해진단비 ····76
2. 일반상해후유장해(3~100%) ····77
3. 팔및손가락후유장해 ····78
4. 상해입원일당(1일이상)II ····79
5. 종합병원상해입원일당(1일이상) ····79
6. 상급종합병원상해입원일당(1일이상) ····80
7. 상해중환자실입원일당(1일이상)II ····81
8. 골절진단비II(치아파절제외) ····82
9. 치아파절진단비(연간3회한) ····82
10. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) ····83
11. 골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한) ····83
12. 10대골절진단비 ····85
13. 척추골절진단비 ····85
14. 골절수술비 ····86
15. 골절수술비(1~5급, 연간1회한) ····87
16. 10대골절수술비 ····89
17. 척추골절수술비 ····89

18. 화상진단비 ·····91
19. 화상수술비 ·····91
20. 상해수술비 ·····92
21. 상해수술비(종합병원) ·····93
22. 상해수술비(상급종합병원) ·····95
23. 상해1~5종수술비(매회지급) ·····96
24. 상해1~5종수술비(종합병원, 매회지급) ·····98
25. 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급) ·····100
26. 창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ·····101
27. 창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ·····102
28. 중대한특정상해수술비 ·····103
29. 상해흉터복원수술비 ·····104
30. 상해흉터복원수술비II(안면부) ·····105
31. 심한상해수술비 ·····106
32. 외모특정상해(머리, 목)수술비 ·····107
33. 척추상해수술비 ·····108
34. 3대하지관절상해수술비 ·····109
35. 뇌·내장손상수술비 ·····111
36. 무릎인대파열 · 연골손상수술비 ·····112
37. 아킬레스힘줄손상수술비 ·····113
38. 특정이물제거치료비(급여, 연간1회한) ·····115
39. 중대한화상 및 부식진단비 ·····116
40. 외상성특정뇌손상 진단비 ·····116
41. 외상성특정뇌출혈 진단비 ·····117
42. 외상성특정장기손상 진단비 ·····117
43. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ·····118
44. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ·····119
45. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ·····120
46. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%) ·····121
47. 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해 ·····122
48. 대중교통이용중교통상해사망 ·····124
49. 특정여가활동중상해후유장해(3~79%) ·····125
50. 특정여가활동중상해80%이상후유장해 ·····126
51. 특정여가활동중상해사망 ·····127
52. 자전거탑승중상해사망 ·····128
53. 항공기이용중상해사망 ·····129
54. 골프중상해사망 ·····130
55. 골프중 카트사고부상보장(1~10급) ·····130
56. 자동차사고부상보장(1~9급)(운전자) ·····132
57. 자동차사고부상보장(1~9급)(비운전자) ·····133
58. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원) ·····134
58-1. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ····134
59. 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일) ·····136
59-1. 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ·····136
60. 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ·····138
60-1. 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ·····138
61. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일) ·····140
61-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】 ·····140
62. 간호간병통합서비스 상해입원일당(종합병원, 1-180일) ·····142
62-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(종합병원, 1-180일)【갱신계약】 ·····142
63. 간호간병통합서비스 상해입원일당(상급종합병원, 1-180일) ·····145
63-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(상급종합병원, 1-180일)【갱신계약】 ·····145
64. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ·····147
64-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ·····147
65. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) ·····149
65-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ·····149
66. 종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도) ·····152
67. 상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도) ·····153
68. 상해CT검사비(급여, 연간1회한) ·····154
69. 상해MRI검사비(급여, 연간1회한) ·····155

70. 골절부목치료비 ····156
71. 골절철심제거수술비(급여, 연간1회한) ····157
72. 기후성질환진단비(연간1회한) ····159
73. 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한) ····160
74. 안면 · 두개골 골절진단비(연간1회한) ····160

제2장 질병 관련 특별약관
1. 내측상과염(골프엘보우) 진단비 ····164
2. 외측상과염(테니스엘보우) 진단비 ····164
3. 추간판장애(디스크질환)진단비 ····165
4. 주요팔근육염증진단비 ····165
5. 주요다리근육염증진단비 ····166
6. 주요관절병 · 척추염진단비 ····167
7. 족저근막염진단비 ····167
8. 골다공증 · 특정골절수술비 ····168
9. 척추질병수술비 ····170
10. 류마티스관절염(항류마티스약제)치료비 ····171
11. 질병CT검사비(급여, 연간1회한) ····172
12. 질병MRI검사비(급여, 연간1회한) ····172
13. 외상후스트레스장애진단비(연간1회한) ····173

제3장 상해 및 질병 관련 특별약관
1. 응급실내원비(응급) ····176
2. 깁스치료비 ····177
3. 신인공관절치환수술비(최초1회한) ····177
4. 골밀도검사지원비(급여, 연간1회한) ····179
5. 골다공증진단비【갱신계약】 ····180
6. 추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성 및 상세불명 제외) 수술비 ···181
7. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) ····182
8. 지속적신대체요법(CRRT)치료비(급여, 연간1회한) ····183
9. 인공호흡기(12시간초과)치료비(급여, 연간1회한) ····184
10. 저체온요법치료비(급여, 연간1회한) ····184
11. 골절탈구 도수정복술치료비(급여, 연간1회한) ····185
12. 골관절고정수술비(급여, 연간1회한) ····186
13. 자가연골(세포)이식수술비(급여, 연간1회한) ····187
14. 신경성형수술비(급여, 연간1회한) ····188
15. 반월판연골수술비(급여, 연간1회한) ····189
16. 척추고정수술비(급여, 연간1회한) ····190
17. 십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음) ····191
18. 척추, 근골격계 및 특정골절 CT검사비(급여, 연간1회한) ····192
19. 척추, 근골격계 및 특정골절 MRI검사비(급여, 연간1회한) ····193
20. 관절통증주사치료비(급여, 1일1회한, 연간5회한) ····194

제4장 비용손해 관련 특별약관
비용손해 관련 일반조항 ····198
1. 홀인원비용손해 ····198
2. 알바트로스비용손해 ····199
3. 민사소송법률비용손해 ····200
4. 행정소송법률비용손해 ····204
5. 의료사고법률비용 ····208

제5장 재물손해 관련 특별약관
재물손해 관련 일반조항 ····212
1. 골프용품손해 ····217

제6장 배상책임 관련 특별약관
배상책임 관련 일반조항 ····220
1. 가족일상생활중배상책임III【갱신계약】 ····226

제7장 기타 특별약관
1. 강력범죄피해보장 ····232

제8장 간병인 입원일당 관련 독립특별약관
무배당 간병인지원 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】특별약관 ····234
1. 간병인지원 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】 ····252
2. 상해입원일당(1일이상)II(전환용)【갱신계약】 ····255

제9장 제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 ····· 258
2. 선지급서비스 ····· 258
3. 보험료 자동납입 ····· 260
4. 보장특약 자동갱신(추가납입형) ····· 260
5. 전자서명 ····· 262
6. 장애인전용보험전환 ····· 262

별표

【별표1】 장해분류표 ····· 265
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 282
【별표3】 통합상해분류표 ····· 282
【별표4】 골절분류표Ⅱ(치아파절제외) ····· 285
【별표5】 치아파절 분류표 ····· 285
【별표6】 골절분류표 ····· 286
【별표7】 골절분류표Ⅲ ····· 286
【별표8】 골절 등급분류기준표Ⅰ ····· 287
【별표9】 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실 ····· 288
【별표10】 10대골절분류표 ····· 288
【별표11】 척추골절분류표 ····· 289
【별표12】 골절분류표Ⅳ ····· 289
【별표13】 골절 등급분류기준표Ⅱ ····· 290
【별표14】 화상분류표 ····· 291
【별표15】 1~5종수술Ⅱ 분류표 ····· 292
【별표16】 창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드 ····· 296
【별표17】 창상봉합술(안면/경부 외) 대상 수가코드 ····· 297
【별표18】 중대한 특정상해 분류표 ····· 298
【별표19】 신경 및 장기손상 분류표 ····· 298
【별표20】 외모특정상해 분류표 ····· 299
【별표21】 척추상해 분류표 ····· 300
【별표22】 3대하지관절상해 분류표 ····· 301
【별표23】 뇌·내장손상 분류표 ····· 301
【별표24】 무릎인대파열 · 연골손상 분류표 ····· 303
【별표25】 아킬레스힘줄손상 분류표 ····· 303
【별표26】 이물사고 분류표 ····· 303
【별표27】 특정이물제거치료 분류표 ····· 304
【별표28】 특정외상성뇌손상 분류표 ····· 304
【별표29】 특정외상성뇌출혈 분류표 ····· 305
【별표30】 특정외상성장기손상 분류표 ····· 305
【별표31】 자동차사고 부상등급표 ····· 306
【별표32】 부목치료 대상 분류표 ····· 314
【별표33】 골절철심제거 수술 분류표 ····· 314

【별표34】 내측상과염 분류표 ····314
【별표35】 외측상과염 분류표 ····314
【별표36】 추간판장애 분류표 ····315
【별표37】 주요팔근육염증 분류표 ····315
【별표38】 주요다리근육염증 분류표 ····316
【별표39】 주요관절병 · 척추염 분류표 ····316
【별표40】 족저근막염 분류표 ····317
【별표41】 골다공증 및 특정골절 분류표 ····317
【별표42】 척추질병 분류표 ····318
【별표43】 외상후스트레스장애 분류표 ····319
【별표44】 골밀도검사 분류표 ····319
【별표45】 골다공증 분류표 ····319
【별표46】 관절증 질환 분류표 ····320
【별표47】 지속적신대체요법(CRRT) 분류표 ····320
【별표48】 인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표 ····320
【별표49】 저체온요법치료 분류표 ····321
【별표50】 골절탈구 도수정복술 분류표 ····321
【별표51】 골관절고정수술 분류표 ····321
【별표52】 자가연골(세포)이식 수술 분류표 ····322
【별표53】 신경성형수술 분류표 ····322
【별표54】 반월판연골수술 분류표 ····322
【별표55】 척추고정수술 분류표 ····323
【별표56】 십자인대질환 분류표 ····323
【별표57】 십자인대수술(급여) 분류표 ····323
【별표58】 척추, 근골격계 및 특정골절 분류표 ····324
【별표59】 "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사 비용 ····325
【별표60】 "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액 ····325
【별표61】 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료 ···325
【별표62】 기후성질환(온열질환) 분류표 ····326
【별표63】 기후성질환(저체온질환) 분류표 ····326
【별표64】 독액성동물접촉중독 분류표 ····327
【별표65】 안면 · 두개골 골절 분류표 ····327
【별표66】 근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표 ····328
【별표67】 관절통증주사치료 분류표 ····328

약관에서 인용된 법•규정

【법규1】 개인정보 보호법 ····329
【법규2】 개인정보 보호법 시행령 ····330
【법규3】 상법 시행령 ····331
【법규4】 국민건강보험법 ····331
【법규5】 도로교통법 ····331
【법규6】 민법 ····332
【법규7】 상법 ····333
【법규8】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ····333
【법규9】 여객자동차 운수사업법 시행령 ····335
【법규10】 응급의료에 관한 법률 ····336
【법규11】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 ····336
【법규12】 의료법 ····336
【법규13】 의료법 시행규칙 ····339
【법규14】 자동차관리법 시행규칙 ····340
【법규15】 자동차손해배상 보장법 시행령 ····342
【법규16】 전자서명법 ····342
【법규17】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 ····342
【법규18】 형법 ····343
【법규19】 민사소송법 ····344
【법규20】 공직선거법 ····345
【법규21】 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 ····345
【법규22】 소비자기본법 ····346
【법규23】 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 ····346
【법규24】 장애인복지법 ····346
【법규25】 장애인복지법 시행령 ····347
【법규26】 장애인복지법 시행규칙 ····347
【법규27】 금융소비자 보호에 관한 법률 ····347
【법규28】 산업재해보상보험법 시행규칙 ····350

약관 이용 가이드 북

KB 손해보험

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book







※ 同Guide Book은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고, 소비자 입장에서 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고 이해할 수 있는 방법을 안내하는 것을 목적으로 함

01 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.
특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

02 한눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**
쉽게 이해하는 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 **간단 요약한 약관**
보통약관 및 특별약관	**보통약관** : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 **특별약관** : 보통약관에 정한 사항 외에 선택하여 가입한 보장내용 등의 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인 등	약관의 이해를 돕기 위한 어려운 **보험용어의 해설**, 가나다 順 **특약 색인, 관련 법규** 등을 소비자에게 안내

03 QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관 해설 영상

보험금 지급절차

전국 지점

04 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문, 쪽수 및 영상자료** 등을 안내드리오니, 보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인 · 숙지**하시기 바랍니다.

영상자료	**❶ 보험금 지급 및 지급제한 사항** 제3조 (보험금의 지급사유) 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유) ※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 [보험금 지급사유 및 미지급사유]도 반드시 확인할 필요	P56 P57
영상자료	**❷ 청약 철회** 제20조 (청약의 철회)	P63
영상자료	**❸ 계약 취소** 제21조 (약관교부 및 설명의무 등)	P63
영상자료	**❹ 계약 무효** 제22조 (계약의 무효)	P64
영상자료	**❺ 계약 前 알릴 의무 및 위반효과** 제15조 (계약 전 알릴 의무) 제17조 (알릴 의무 위반의 효과)	P60 P61

영상자료	**❻ 계약 後 알릴 의무 및 위반효과** 제16조 (상해보험계약 후 알릴 의무) 제17조 (알릴 의무 위반의 효과)	P60 P61
영상자료	**❼ 보험료 연체 및 해지** 제29조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	P67
영상자료	**❽ 부활(효력회복)** 제30조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P67
영상자료	**❾ 해약환급금** 제32조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제35조 (해약환급금)	P68 P69
영상자료	**❿ 보험계약대출** 제36조 (보험계약대출)	P69

05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 7가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

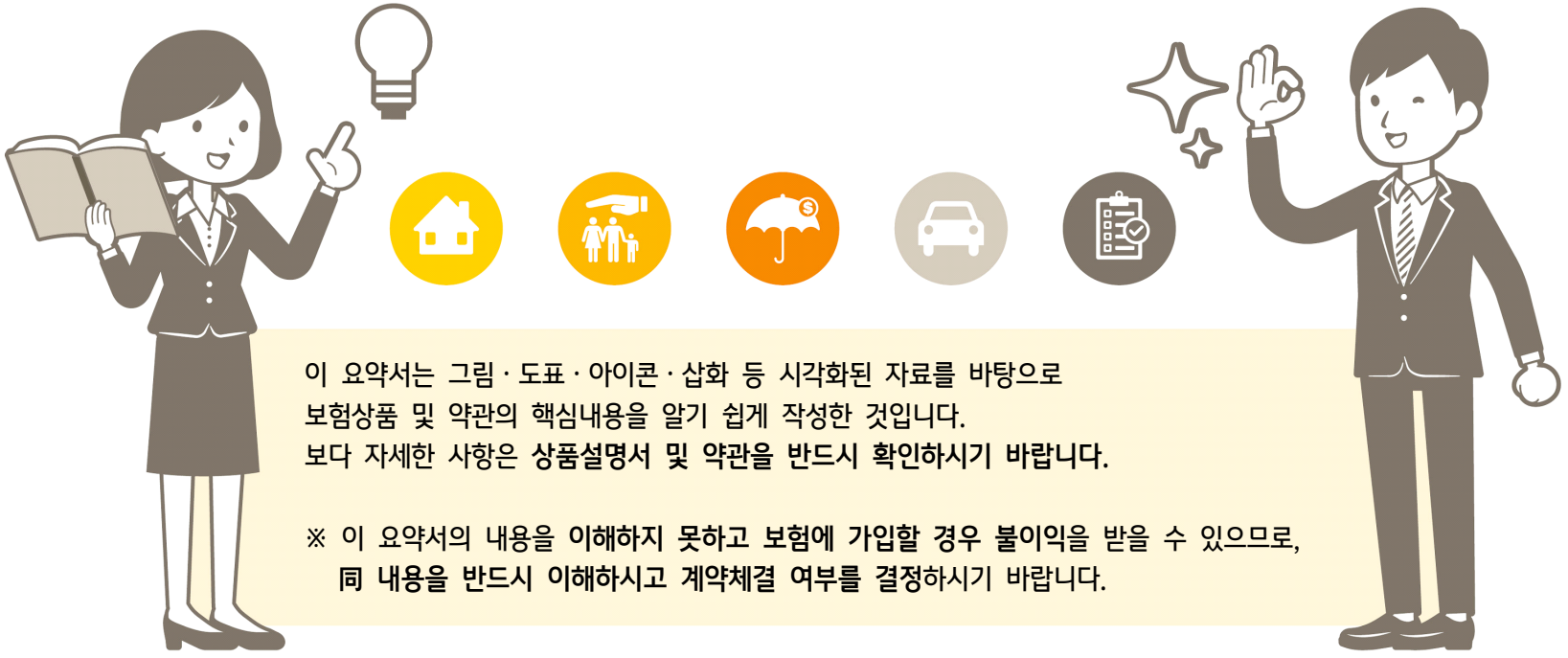
01	시각화된 **'약관요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입 시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	약관 요약서 P11
02	**'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	핵심 체크항목 P9
03	**'가나다 順 특약 색인(索引)'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. ※ 주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입한 특약에 한해 보장받을 수 있음	특약 색인 P351
04	약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	용어 해설 P32
05	스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	QR코드 P8
06	**'약관에서 인용된 법 · 규정' 항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	관련법규 P329
07	약관조항 등이 음영 · 컬러화 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

06 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.kbinsure.co.kr), 고객 콜센터(1544-0114)로 문의 가능
※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보 포탈(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능

쉽게 이해하는 **약관 요약서**

KB 손해보험



이 요약서는 그림 · 도표 · 아이콘 · 삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로
보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.
보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로,
同 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요

보험회사명	보험상품명	보험상품의 종목
KB손해보험	KB 다치면 보장받는 상해보험(무배당)(24.04)	상해보험



01 상품의 주요 특징

◎ 이 상품은 상해, 질병, 운전자, 배상책임 등 다양한 담보를 종합적으로 가입할 수 있는 상품입니다.
◎ 이 상품은 1종(연만기), 2종(세만기)으로구성되어 있습니다.

1종	2종
연만기	세만기

02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

KB 다치면 보장받는 상해보험(무배당)(24.04)

❶ **무배당**

계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

❷ **상해보험**

상해로 인한 진단·입원·수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.



Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한사항

주의 이 보험에는 감액지급, 보장한도 및 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.



감액지급

감액지급
50%

이 보험에는 일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)되는 담보가 있습니다.

☑ 감액기간 적용 담보

담보명	면책기간
척추질병수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
골다공증진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

담보명	면책기간
류마티스관절염(항류마티스약제) 치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

보장한도

보장한도	보장한도	보장한도
최초 1회한	연간 1회 또는 3회/15회/30회/60회한	30/60/180/185/365일 한도

이 보험에는 **보험금 지급한도**가 설정된 담보가 있습니다.

☑ 보장한도 적용 담보

담보명	보장한도
일반상해사망(기본계약)	1회한
통합상해진단비	• 통합상해진단비(경증) 보장 : 각 세부보장별 연간 1회한
	• 통합상해진단비(중등증) 보장 : 각 세부보장별 연간 1회한
	• 통합상해진단비(중증) 보장 : 각 세부보장별 연간 1회한
대중교통이용중교통상해사망	1회한
특정여가활동중상해사망	1회한
자전거탑승중상해사망	1회한
골프중상해사망	1회한
창상봉합술 치료비Ⅰ(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)	1일 1회한, 연간 3회한
창상봉합술 치료비Ⅱ(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)	1일 1회한, 연간 3회한

담보명	보장한도
일반상해80%이상후유장해(기본계약)	최초 1회한
지속적신대체요법(CRRT) 치료비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
인공호흡기(12시간초과) 치료비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
저체온요법치료비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
대중교통이용중교통상해80%이상후유장해	최초 1회한
특정여가활동중상해80%이상후유장해	최초 1회한
항공기이용중상해사망	1회한
외상후스트레스장애진단비(연간1회한)	연간 1회한
창상봉합술 치료비Ⅰ(안면/경부외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)	1일 1회한, 연간 3회한
창상봉합술 치료비Ⅱ(안면/경부외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)	1일 1회한, 연간 3회한

담보명	보장한도
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)	입원·통원 각각 1일 1회/ 합산 연간 15회한
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)	입원·통원 각각 1일 1회/ 합산 연간 30회한
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)	입원·통원 각각 1일 1회/ 합산 연간 60회한
상해흉터복원수술비	하나의 사고에 대하여 500만원 한도
내측상과염(골프엘보우) 진단비	최초 1회한
외측상과염(테니스엘보우) 진단비	최초 1회한
골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한)	연간 1회한
골절수술비(1~5급, 연간1회한)	연간 1회한
자가연골(세포)이식수술비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
신경성형수술비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
반월판연골수술비(급여,연간1회한)	연간 1회한
상해입원일당(1일이상)Ⅱ	1회 입원당 180일 한도
종합병원상해입원일당(1일이상)	1회 입원당 180일 한도
상해CT검사비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
질병CT검사비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
척추, 근골격계 및 특정골절 CT검사비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
홀인원비용손해	최초 1회한
척추고정수술비(급여, 연간1회한)	연간 1회한

담보명	보장한도
외상성특정뇌출혈 진단비	최초 1회한
외상성특정뇌손상 진단비	최초 1회한
외상성특정장기손상 진단비	최초 1회한
골절탈구 도수정복술치료비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
골관절고정수술비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)	연간 1회한
치아파절진단비(연간3회한)	연간 3회한
골절철심제거수술비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
특정이물제거치료비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음)	연간 1회한
상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ	1회 입원당 180일 한도
상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)	1회 입원당 60일 한도
상급종합병원상해입원일당(1일이상)	1회 입원당 180일 한도
상해MRI검사비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
질병MRI검사비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
척추, 근골격계 및 특정골절 MRI검사비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
알바트로스비용손해	최초 1회한
신인공관절치환수술비(최초1회한)	최초 1회한

담보명	보장한도
간병인사용 상해입원일당 (요양병원 제외, 1-180일) 간병인사용 상해입원일당 (요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간병인사용 상해입원일당 (1일이상)(요양병원) 간병인사용 상해입원일당 (1일이상)(요양병원)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간병인사용 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 간병인사용 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】	1회 입원당 185일 한도
간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】	1회 입원당 185일 한도
중대한화상및부식진단비	최초 1회한
뇌•내장손상수술비	최초 1회한
골다공증진단비【갱신계약】	최초 1회한
주요팔근육염증진단비	최초 1회한
족저근막염진단비	최초 1회한
추간판장애(디스크질환)진단비	최초 1회한
종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)	1회 입원당 30일 한도
기후성질환진단비(연간1회한)	연간 1회한
독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)	연간 1회한

담보명	보장한도
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일) 간호간병통합서비스상해입원일당 (1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간호간병통합서비스 상해입원일당(종합병원,1-180일) 간호간병통합서비스 상해입원일당 (종합병원,1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간호간병통합서비스 상해입원일당(상급종합병원,1-180일) 간호간병통합서비스 상해입원일당 (상급종합병원,1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일) 간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】	1회 입원당 365일 한도
중대한특정상해수술비	최초 1회한
골밀도검사지원비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
류마티스관절염(항류마티스약제)치료비	최초 1회한
주요다리근육염증진단비	최초 1회한
주요관절병·척추염진단비	최초 1회한
무배당 간병인지원 상해입원일당(1일이상)Ⅱ 【갱신계약】 특별약관	• 간병인지원 상해입원일당(1일이상)Ⅱ 【갱신계약】: 1회 입원당 180일 한도 • 상해입원일당(1일이상)Ⅱ(전환용) 【갱신계약】: 1회 입원당 180일 한도
안면·두개골 골절진단비(연간1회한)	연간 1회한
관절통증주사치료비 (급여, 1일1회한, 연간5회한)	입원·통원 각각 1일 1회/ 합산 연간 5회한

자기부담금 차감

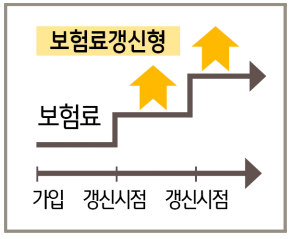
자기부담금 차감 후 지급

이 보험에서는 아래 담보에 대해 일정금액의 **자기부담금을 차감**하고 보험금을 지급합니다.

☑ 자기부담금을 차감하는 담보

구분	담보명	자기부담금 차감 금액
법률비용	민사소송법률비용손해	변호사비용에 대하여 1사고당 10만원
	행정소송법률비용손해	변호사비용에 대하여 1사고당 10만원
배상책임	가족일상생활중배상책임III【갱신계약】	보험증권에 기재된 금액

02 갱신 시 보험료 인상 가능성



주의

▶ 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.
갱신형 계약은 갱신할 때마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

★★★ 갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 담보 : 담보명에 **【갱신계약】**이 포함되어 있는 담보

03 해약환급금에 관한 사항

주의

▶ 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

① **해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

※ 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급합니다.

04 실손보상형 담보

실손형담보
(중복가입 부적절)
비례 보상

주의

이 보험에는 실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있습니다.

① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복가입**하더라도 **실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.** (중복가입 시 비례 보상)

② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

☑ 실손보상형 담보

담보명
민사소송법률비용손해
골프용품손해
알바트로스비용손해
가족일상생활중배상책임III【갱신계약】

담보명
행정소송법률비용손해
홀인원비용손해
의료사고법률비용

05 보험료 납입면제에 관한 사항

보험료 납입기간 중에 일반상해 80%이상 후유장해에 해당되는 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.

보험료 납입면제



① 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장은 납입면제를 적용하지 않습니다.
② 보험료 납입이 면제된 이후 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 해당 보장의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.
③ 아래의 특별약관은 납입면제를 적용하지 않습니다.

담보명
가족일상생활중배상책임III【갱신계약】

담보명
무배당 간병인지원 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】

06 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

☑ 보장성보험

보장성보험 (사망, 상해, 질병 등)

주의

① 이 보험은 상해사고 및 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

☑ 금리연동형 보험

금리연동형 (적용금리 변동)
최저이율보장 전기간 : 0.2%

주의

① 이 보험의 계약자적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동됩니다.

② 동 이율은 납입한 적립보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비를 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.

③ 이 보험의 최저보증이율*은 연복리 0.2%입니다.

＊ 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도 이율

☑ 예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호
KDIC 보호금융상품 1인당 최고 5천만원

주의

① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

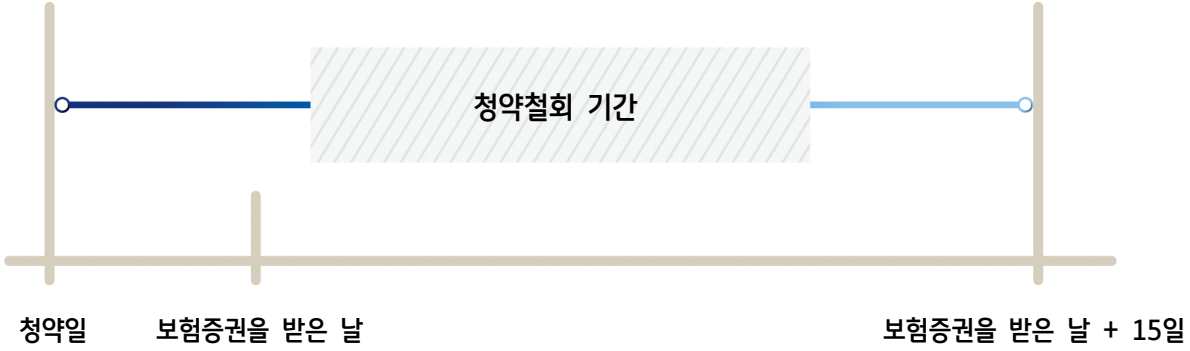
② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 1인당 최고 5천만원까지 보호합니다.

III. 보험계약의 일반사항

01 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 제20조

▶ 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



주의

☑ 청약철회가 불가한 경우

청약일로부터 30일(만65세 이상의 보험계약자가 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리

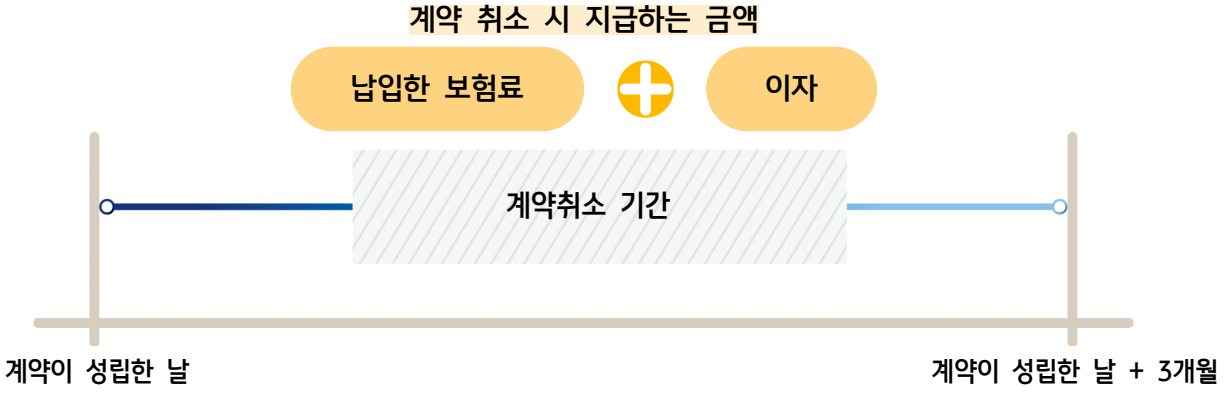
보통약관 제21조

▶ 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

① 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우

② 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우

③ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



03 보험계약의 무효

보통약관 제22조

▶ 보험계약자는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우

② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04 보험계약前 알릴의무 및 위반 시 효과

보통약관 제15조, 제17조

▶ 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 청약서의 질문사항(중요사항)에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다.

계약자 또는 피보험자 — 고의 또는 중과실로 사실과 다르게 알린 경우 →
- 계약 해지 가능 (회사)
- 보장 제한 가능 (회사)

주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게 말로써 알린 경우 보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.

② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 ○○질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

⇒ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

05 보험계약後 알릴의무 및 위반 시 효과

보통약관 제16조, 제17조

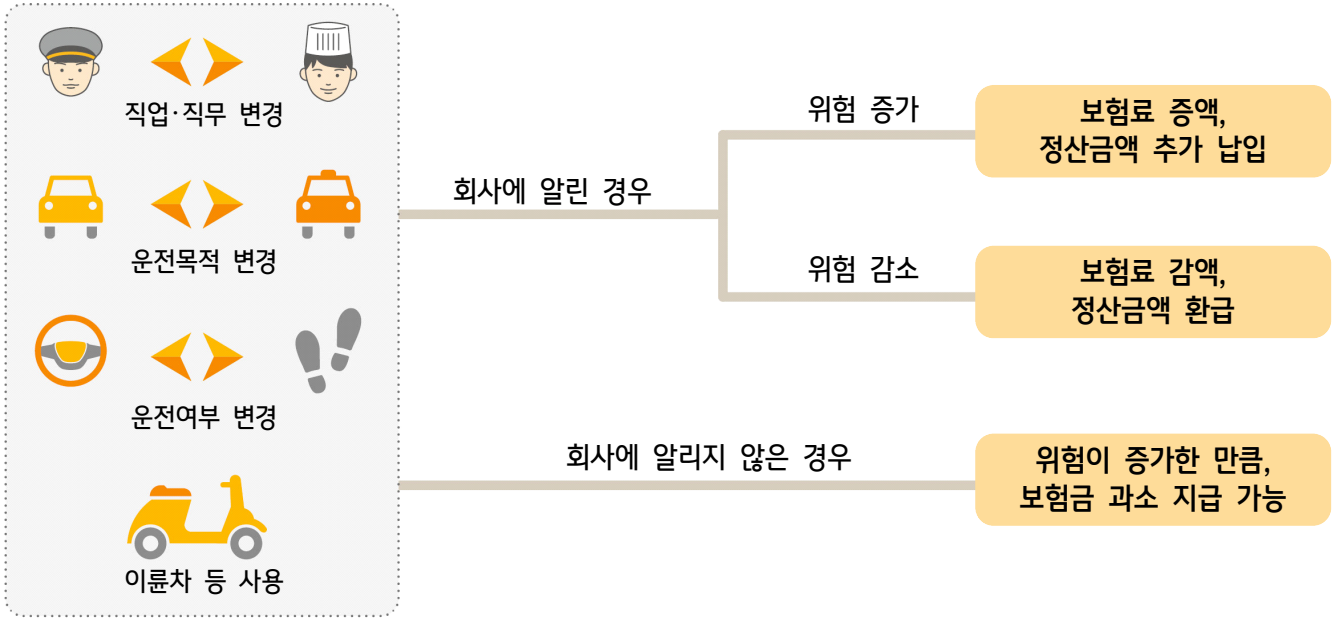
▶ 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체 없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

!! 주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

① **위험**이 **감소**한 경우 **보험료**를 **감액**하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,

② **위험**이 **증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.



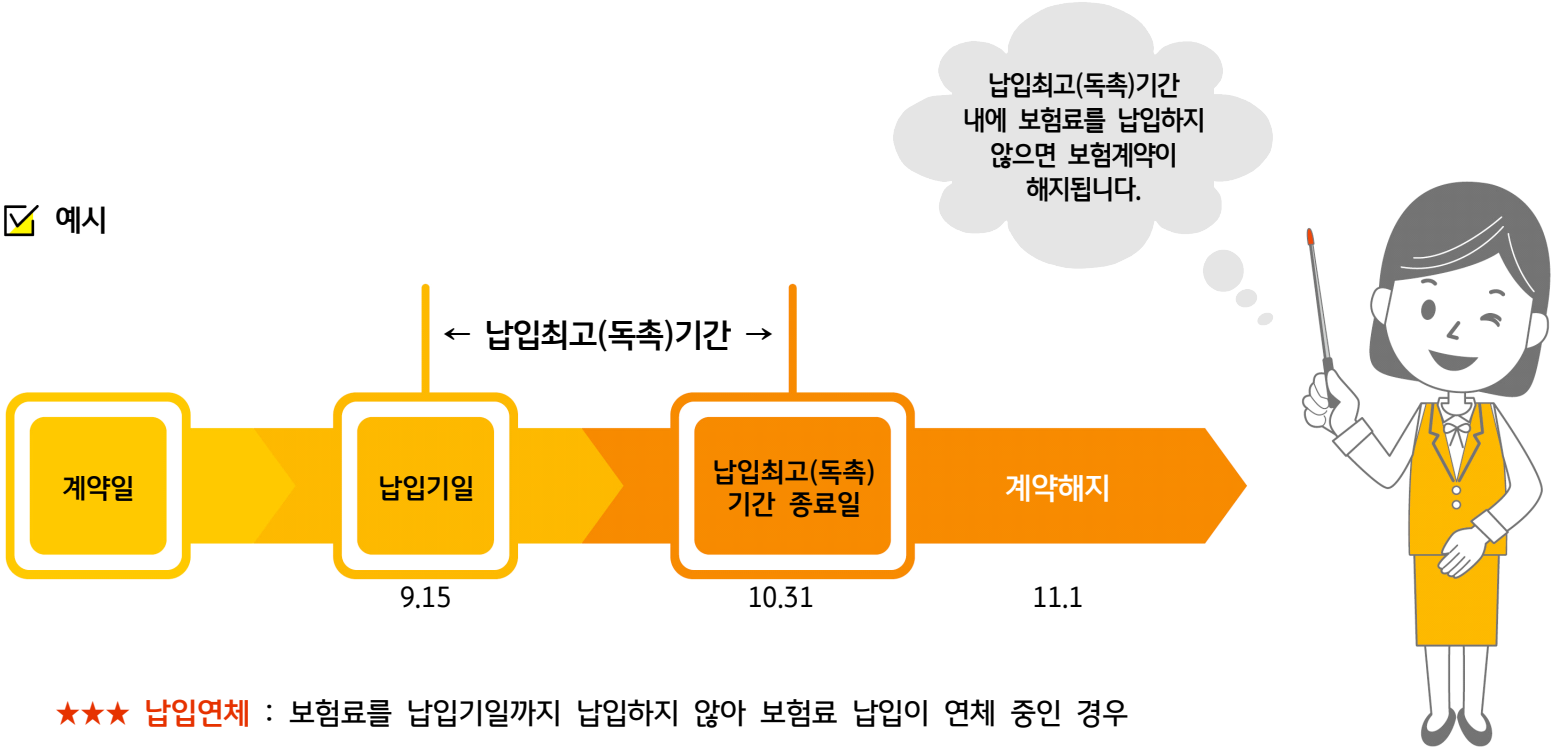
06 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보통약관 제29조

▶ 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, 납입최고(독촉)기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

※ 납입최고(독촉)기간 : 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

☑ 예시



★★★ 납입연체 : 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우

07 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

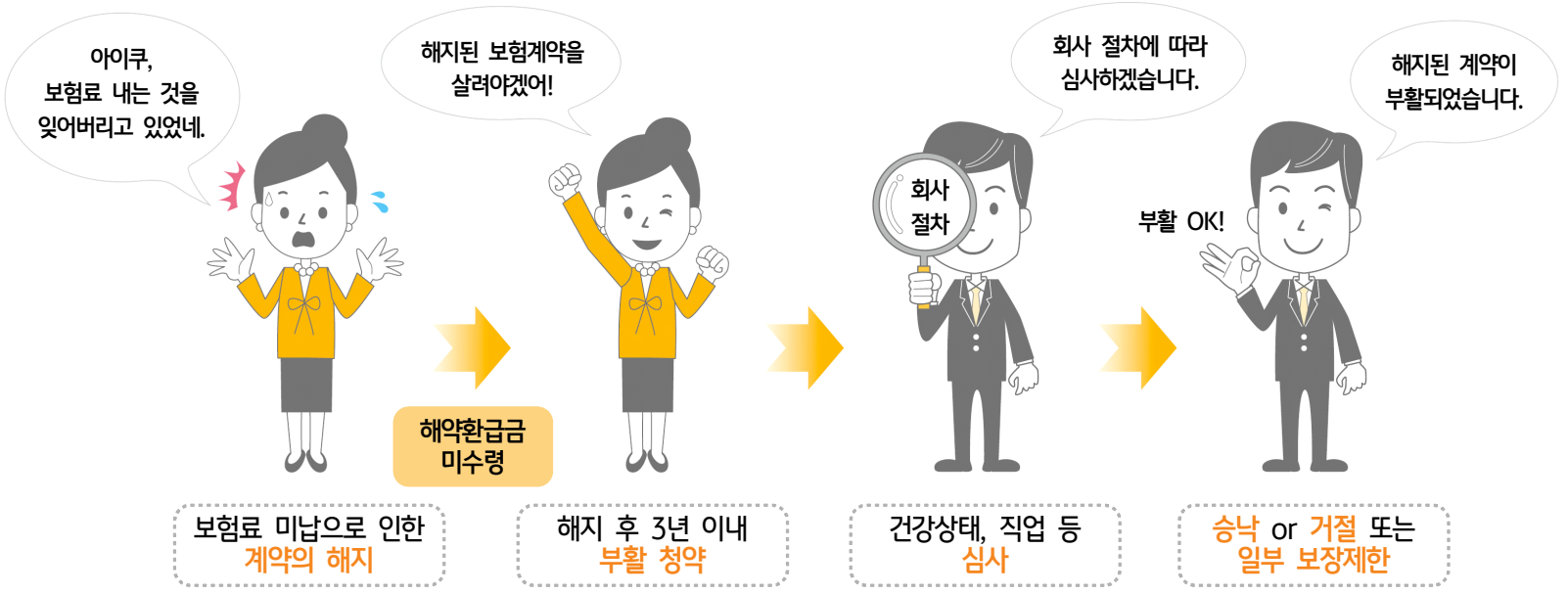
보통약관 제30조

▶ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)을 청약**할 수 있습니다.

주의

① 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한**할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

② 회사의 부활(효력회복) 승낙 시 **연체된 보험료와 이자를 납입**하여야 합니다.



08 보험계약대출

보통약관 제36조

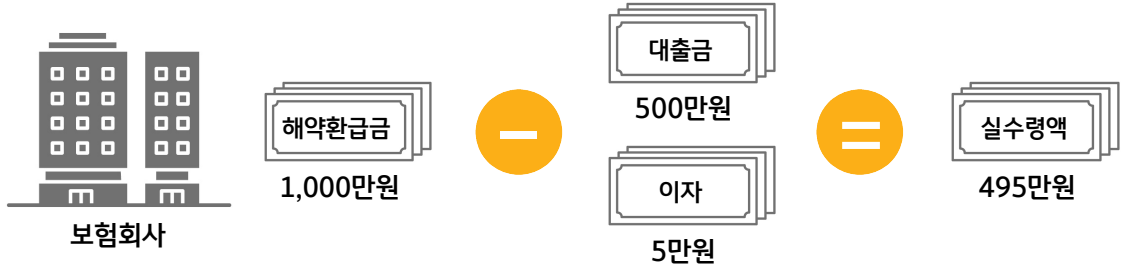
▶ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있으며, 보험계약대출금과 이자는 언제든지 상환할 수 있습니다.

!! 주의

① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

☑ 해약환급금 지급 예시

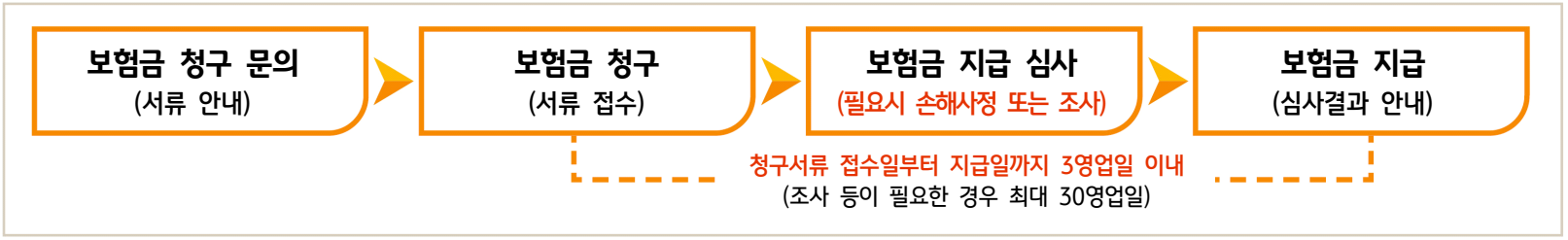
환급금 내역서				
해약환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



09 보험금 청구절차 및 서류

보통약관 제8조, 제9조

▶ 상해·질병사고의 보험금은 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요할 경우 최대 30영업일이 소요될 수 있으며, 재물·배상책임사고는 지급보험금 결정 후 7일 이내에 지급합니다.)



주의 소액 보험금 청구 시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	▲	●				
수술	▲		●			
실손	▲	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.


KB 손해보험

보험약관 이해하기

■ 보험약관이란?

☞ 보험약관에는 보험계약에 관한 계약자와 보험회사의 권리·의무, 보험금지급에 관한 사항 등 중요한 내용이 기재되어 있습니다. 따라서, **중요한 내용에 대해서는 반드시 안내를 받으시기 바랍니다.**

■ 보험약관은 법규정에 따라 작성됩니다.

☞ 보험약관은 「보험업감독업무시행세칙」에 마련된 「표준약관(별표15)」을 준용하여 금융감독원 감독하에 작성됩니다.

■ 본 약관의 구성

1. 보험 가이드		2. 고객 안내사항	3. 보험약관
· 보험용어해설	·자주 발생하는 민원	· 개인신용정보 제공이용에 대한 고객권리 안내	· 보통약관
· 주요내용 요약서	·보험금 지급절차 안내		· 특별약관
· 가입자 유의사항	·보험금 청구서류 안내	· 고객정보 취급방침	· 별표

■ 기타 문의사항

☞ 당사 홈페이지(www.kbinsure.co.kr) 공시실에 상품요약서와 보험약관이 공시되어 있으니, 가입하신 보험상품의 내용이 궁금하거나 약관을 분실하셨을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.

☞ 당사 홈페이지 고객센터에서 계약변경, 보험금 청구시 구비서류 등을 조회하실 수 있으며, 홈페이지 MY KB, 콜센터(1544-0114)를 이용하시면 편리하게 다음의 업무를 보실 수 있습니다.

MY KB	계약조회, 고객정보 변경, 계약 변경, 계약해지/청약철회, 보험료납입/지급, 증명서 발급 등
콜센터 1544-0114	계약관리, 사고접수, 보상, 각종 상담문의 등

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
보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에 납입하는 금액
· 보장보험료: 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 보험료
· 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
· 적립부분 순보험료: 적립보험료에서 정해진 사업비를 공제한 후의 금액
※ 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

■ 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기, 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급 사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

■ 보험가입금액
보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

■ 보장개시일
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

■ 보험계약일
계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

■ 만기환급금
보험기간이 만료될 때까지 일정규모 이상의 사고가 없는 경우 납입보험료 중 일정률의 금액을 보험계약자에게 환급하는 제도

■ 계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

■ 해약환급금
계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

■ 계약자
보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

■ 피보험자
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

■ 보험수익자
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람 또는 만기환급금 지급시기에 만기환급금의 청구를 할 수 있는 사람

■ 보험기간
계약에 따라 보장을 받는 기간

■ 자동갱신제도
보험계약기간의 만료시점까지 보험계약자가 보험계약을 갱신하고 싶지 않다는 명시적인 의사표시가 없는 경우에 자동으로 계약을 갱신하는 제도

약관내 의학용어 순화

용어	용어 순화
홍반성루프	전신성홍반성루푸스(피부, 관절, 신장, 폐, 신경 등 전신에서 염증 반응을 일으키는 자가면역질환)
갑상선	갑상샘(갑상선)
비골(鼻骨)	비골(코뼈)
하악골	하악골(아래턱뼈)
상악골	상악골(위턱뼈)
사지골	사지골(팔다리뼈)
건	건(힘줄)
흉막	흉막(가슴막)
음낭수종	음낭수종(물음낭증)

주요내용 요약서

■ 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있습니다.

■ 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있고, 이 경우 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

■ 계약취소

계약자가 청약을 할 때에 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명을 받지 못한 때 또는 계약체결시 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

■ 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(법령이 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우.
   - 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 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.

■ 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.

■ 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.

■ 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 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. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

■ 중도인출

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

■ 계약 전 · 후 알릴 의무

1. 계약 전 알릴의무 : 계약자, 피보험자는 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 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 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
   - 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   - 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   - 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   - 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 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.

■ 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 소정의 이자를 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

2. 배상책임 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 지체된 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 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 피보험자의 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 소정의 이자를 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

■ 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.

가입자 유의사항

보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로써 알린 경우에는 회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리기 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.

2. 부활(효력회복)계약의 암보장개시일

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

3. 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.

4. 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.

5. 갱신형 보장

- 회사는 갱신형보장의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신될 계약의 보험료 등을 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.

■ 해약환급금 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 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 해약환급금은 공시이율 및 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

■ 해약환급금 미지급형에 관한 사항

- 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형 상품보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 해약환급금은 아래와 같습니다.

계약의 해지시점	표준형해약환급금의 50%지급형 (납입기간이후)
보험료 납입기간 중	없음
보험료 납입기간 완료이후	표준형 상품 해약환급금의 50%

단, 【갱신계약】 특별약관 및 약관에서 정하는 특별약관의 경우 보험기간 중 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

- 회사는 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후) 상품의 계약을 체결할 때 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교 · 안내하여 드립니다.
- 표준형 상품이란 "보험료 산출시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품"으로 실제 판매하지 않는 상품을 말합니다.
- 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)의 경우 적립보험료를 납입하지 않는 순수보장형 상품입니다. 따라서, 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 지급하지 않으며, 계약자는 보험기간 중 중도인출을 신청할 수 없습니다.
- 가입 후 보험가입금액의 감액 신청 및 직무변경에 의한 직업급수 변경은 가능하나, 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가 신청은 불가능 합니다.
- 보험료 납입기간 중 보험가입금액 감액할 경우 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 단, 【갱신계약】 특별약관 및 약관에서 정하는 특별약관의 경우 보험기간 중 보험가입금액 감액할 경우 감액된 부분에 대한 해당 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

■ 암 관련 보장

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 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.

■ 특정 질병 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.

■ 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.

기타 유의할 사항

■ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 계약에 독립특별약관이 부가된 경우에는 보통약관의 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 해당 독립특별약관은 납입면제를 적용하지 않습니다.

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

자주 발생하는 민원

■ 해약환급금 관련

- 사례 : 홍길동 계약자는 계약 후 1년경과 후에 계약을 해지하였는데, 해약환급금이 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 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

■ 적립부분 해약환급금 및 만기환급금 변동 관련

- 사례 : 홍길동 계약자는 가입당시 만기환급률을 99%로 설계하였으나, 실제 만기시 환급율이 88%로 감소됨에 따른 불만 제기

- 해설 : 적립부분 적용이율이 공시이율에 연동되는 경우(금리연동형) 공시이율을 적용하여 적립부분 계약자적립액을 적립하게 됩니다. 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리 등에 연동되어 변동될 수 있으므로, 만기환급금의 재원인 적립부분 계약자적립액은 변동될 수 있습니다.

■ 중도인출시 만기환급금 또는 해약환급금 과소

- 사례 : 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 해약환급금에서 인출하게 되는 금액으로 중도인출 받은 금액만큼 차감한 후 적립됩니다. 따라서 중도인출을 한 번도 실시하지 않은 경우와 비교하여 만기환급금(또는 해약환급금)은 차이가 발생하게 됩니다.

■ 피보험자의 직업, 직무 변경 관련

- 사례 : 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.

보험금 지급절차 안내

■ 청구서류 제출 및 지급절차 안내

☞ 인터넷/모바일 접수: 앱스토어 KB손해보험 대표앱(홈페이지 www.kbinsure.co.kr/모바일 m.kbinsure.co.kr)
- 5천만원 미만건만 접수 가능하며 PC, 모바일홈페이지 및 대표앱을 통해 접수하시면 보다 신속하게 업무처리 가능합니다.
- 사망보험금 청구, 5천만원이상 청구 또는 보험금 타인 위임시 우편/방문을 통하여 원본 서류를 제출해주셔야 합니다.

☞ 우편 접수: 04027 서울시 마포구 양화로 491(합정동) KB손해보험 합정빌딩 19층 인보험사고접수센터(우편접수만 가능)
- 작성된 보험금 청구서와 원본 구비서류를 송부하여야 하며, 분실의 우려가 있으므로 등기우편으로 보내주시기 바랍니다.

☞ 방문접수: 가까운 고객센터(당사 홈페이지 조회 가능)

☞ 사고접수 완료시 접수번호 및 보상담당자의 이름과 연락처를 휴대폰 문자매체(SMS, LMS, 카카오톡 알림톡 등)를 통하여 알려드립니다.

보험금청구 및 청구서류 접수
↓
심사 및 손해조사
↓
보험금결정 및 지급
↓
보험금 지급안내

■ 손해사정사 선임 안내

☞ 고객님께서는 사고의 손해사정을 위해 별도의 손해사정사의 선임이 가능하며, 별도로 선임한 손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험금에 대해 합의 또는 절충 등의 불공정한 행위를 할 수 없습니다.

☞ 손해사정사를 선임하지 않을 경우 보험회사는 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

손해사정사 선임시 비용주체

● 보험계약자등 부담
- 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때
- 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때

● 보험회사 부담
- 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
- 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날)를 받은 날로부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

■ 개인(신용)정보 처리 등에 관한 동의 안내

☞ 당사는 손해사정 및 사고장소, 보험금 지급심사 등 업무수행에 필요한 경우 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」,「개인정보보호법」등에 따른 개인(신용)정보의 처리 등에 대한 동의권자의 동의를 요청드리며, 개인(신용)정보처리동의서 또는 의료심사 등에 대해 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급

☞ 상해 · 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입한 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.

☞ 이 경우 접수대행 신청서 작성 및 타사에 자료 제공을 위한 개인정보 활용에 동의하시면 접수 대행이 가능합니다. 단, 타 보험사에게 보험금 심사 단계에서 사고 조사 등의 사유로 접수대행이 거절될 수 있으며, 이 경우 가입하신 보험사에 각각 보험금 청구서류를 접수하셔야 합니다.

☞ 타 보험사에 가입이 되어있는 보험계약은 손해보험협회를 통해서 확인하실 수 있습니다.(http://www.knia.or.kr)

■ 보험금 청구권 소멸시효

☞ 보험금 청구권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다. (단, 2015.3.12. 이전 청구사유 발생한 경우 소멸시효는 2년입니다.)

■ 장해진단서 제출 시 유의사항 및 의료심사

☞ 장해진단서를 제출하는 경우에는 3차 의료기관(500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)에서 진단을 요청드리며, 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 지급 심사에 도움이 됩니다.

☞ 상해/질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하신 자료를 기초로 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 장해급부 청구시 장해 상태에 대하여 장해재심사(재진단)가 시행될 수 있습니다. 이 경우 비용은 당사가 부담합니다.

☞ 보험수익자와 회사가 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 비용은 회사가 전액 부담합니다.

■ 보험금 예상 지급기일 및 지연지급 안내

☞ 보험금 예상 지급기일: 상해 · 질병사고는 최종 서류접수일로부터 3영업일(지급사유 조사 · 확인 필요시 30영업일), 재물 · 배상책임사고는 지급보험금 결정 후 7일 이내입니다.

☞ 약관상 정해진 지급기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다. 다만 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

■ 보험금 가지급 제도

☞ 보험회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 약관에서 정한 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우 보험금을 보험회사가 추정하는 보험금의 50%이내의 금액으로 선지급 받을 수 있습니다.

■ 손해사정서 열람 또는 사본 교부

☞ 보험회사는 보험금 청구권자가 요청하는 경우에는 손해사정사가 작성 · 제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하여 드립니다. 단, 보험금 청구권자가 제출한 서류만으로 지급심사가 완료되어 접수완료일로부터 3영업일 이내에 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니할 수 있습니다.

■ 보험금 부지급 제도

☞ 보험금 지급심사 결과 청구 보험금 지급거절 될 수 있으며, 이 경우 그 사유 및 근거를 안내드립니다. 부지급 결정 및 보험금 결정액에 동의하시지 않는 경우 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

- 인터넷 접수: 홈페이지(www.kbinsure.co.kr)에 접속하여 신청 / 전화상담: 1544-0114
- 우편접수: 서울시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩 소비자보호파트 (재심사요청 접수만 가능합니다.)

■ 청구서류안내, 보험금 지급심사 진행과정 및 결과는 자사 홈페이지(www.kbinsure.co.kr/m.kbinsure.co.kr) 또는 콜센터(☎1544-0114)를 통하여 조회할 수 있으며, 문의사항이 있으시면 보험금 청구시 안내되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

■ 분쟁 조정절차 및 피해 구제사항 안내

☞ 문의사항이 있을 경우 담당자에게 연락을 주시거나 콜센터(☎1544-0114)로 문의하실 수 있습니다. 보험계약에 관하여 분쟁이 발생할 경우에는 금융감독원(국번없이 ☎1332)에 조정을 신청할 수 있습니다.

보험금 청구서류 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.

■ 교통사고

구분		구비서류	발급처
공통서류		· 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 주민 센터
의료비 및 입원일당	자동차 보험 처리	· 교통사고 처리확인서 (자사 자동차보험 처리시 생략가능)	해당 보험사
의료비 및 입원일당	자동차 보험 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) · 진료비 계산서(영수증) · 진료비 세부내역서(비급여 내역이 있는 경우 필수) · 경찰서 미신고 시 재해사고 증명서류제출(병원초진차트)	경찰서 · 진료 병원
사망		· 교통사고 사실확인서 · 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) * 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부	경찰서 · 진료 병원 · 동 주민 센터
		※(수익자 미지정시) 추가 요청서류 · 상속관계 확인서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) ※(필요시) 추가서류 · 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서	

구분	구비서류	발급처
후유장해	· 후유장해진단서 * 발급전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.	대학 (종합) 병원
	※다음의 경우 일반진단서로 대체가 가능합니다. · 만성신부전: 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 · 사지절단: 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절 치환수술건: 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 수술건: 비장, 신장적출 수술일 기재	진료 병원
자동차사고 부상보장	· 사고증명서 1. 자동차보험에서 보상받은 경우 : 해당 자동차보험의 보상처리확인서 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 (1) 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 (2) 상해등급을 판단할 수 있는 서류 (진단서 등)	해당 보험사 · 경찰서 · 진료 병원

■ 상해사고

구분		구비서류	발급처
공통서류		· 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]정보처리동의서	동 주민 센터
사고 증빙 서류	산재사고	· 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서 * 추가서류 - 직업급수/사고내용 확인시: 산재요양신청서 - 입원일당/의료비 청구시: 입퇴원확인서, 보험급여원부	근로 복지 공단

구분		구비서류	발급처
사고 증빙 서류	폭행사고	· 사건사고 사실확인서	경찰서
	군인 재해사고	· 공무상병인증서	군병원
	의료사고 등 법원분쟁	· 법원판결문	법원
	기타사고	· 청구서 작성시 6하원칙에 따라 상세히 작성 · 병원초진차트	진료 병원
의료비	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)	진료 병원

구분		구비서류	발급처
의료비	통원	· 진료비계산서 (병원/약국 영수증) · 처방전(무료) (질병분류기호기재) · 진료비세부내역서	진료 병원
		※ 진료비세부내역서는 비급여 내역이 없는 경우 생략 가능 ※ 10만원 이하의 청구건 중 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가 증빙서류가 필요할 수 있음 ※ 카드결제 영수증은 증빙서류가 아님 ※ 질병분류기호가 기재된 처방전이 없는 경우 추가증빙서류 필요 (진단서/통원(진료)확인서/소견서/진료차트 등)	

■ 질병사고

구분	구비서류	발급처
공통서류	· 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]정보처리동의서	동 주민 센터

구분		구비서류	발급처
의료비	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)	진료 병원
의료비	통원	· 진료비계산서 (병원/약국 영수증) · 처방전(무료)(질병분류기호 기재) · 진료비세부내역서	진료 병원
		※ 진료비세부내역서는 비급여 내역이 없는 경우 생략 가능 ※ 10만원 이하의 청구건 중 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가 증빙서류가 필요할 수 있음 ※ 카드결제 영수증은 증빙서류가 아님 ※ 질병분류기호가 기재된 처방전이 없는 경우 추가증빙서류 필요 (진단서/통원(진료)확인서/소견서/진료차트 등)	

구분		구비서류	발급처
진단금	암(상피내암 등)	· 암(상피내암 등)확진 진단서 · 조직검사결과지 · 암수술급여금: 수술확인서	진료병원
	2대 질병 치료비(뇌/심장)	· 진단서 · 정밀검사결과지(특정질병에 따라 다르므로 담당자와 상의)(예: CT, MRI, 심전도 등)	진료병원
	특정 질병 수술비	· 진단서 · 수술확인서	진료병원
	기타 진단금	· 진단서(약관내용에 따라 추가서류 필요)	진료병원
	※ 진단서는 반드시 한국질병분류번호가 기재된 진단서를 제출해 주십시오.		
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]정보처리동의서	

구분		구비서류	발급처
태아보험	신생아입원비/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)	

■ 치아보험

구분	구비서류	발급처
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본(미성년자 생략가능)	동 주민센터
	※(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	
치료비	· 치아치료에 관한 진료기록 사본, 진료확인서 - 진료된 치아위치(또는 치아번호) - 진료내용, 진단확정일, 진료시작/종료일, 진료일수 · 치료 전후 해당치아의 X-ray 사진(또는 이에 준하는 판독자료) · 진료비 계산서	진료병원

■ 재물사고

구분	구비서류
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 보험금수취인의 신분증 사본 · 보험금 청구권자가 타인에게 위임할 경우: 위임장, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서 · 사업자등록증 · 화재사실확인원(경찰서), 화재증명원(소방서) · 수리 및 재조달 견적서, 영수증(수리업체, 재건축업체, 구입업체)
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

■ 골프사고

구분	구비서류
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본
상해사고	· 상해사고 구비서류와 동일
홀인원	· 홀인원 증서(골프장 발급) · 홀인원 확인서(동반경기자 2인, 동반캐디) · 스코어카드 사본 · 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출명세서
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

■ 도난사고

구분	구비서류
공통서류	· 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)
현금도난	· 시재내역(현금시재표) · 거래원장 · 거래영수증

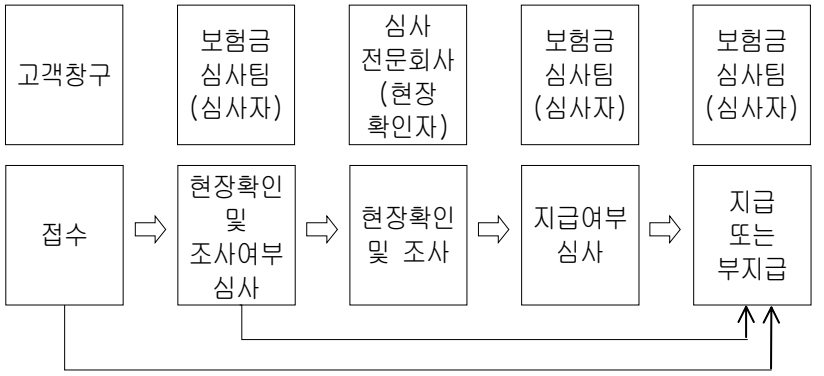
구분	구비서류
물품도난	· 최초구입영수증 · 신품견적서 · 자산대장
상품권/ 유가증권 도난	· 시재내역(현금시재표) · 거래원장 · 거래영수증 · 도난된 유가증권의 번호가 기재된 신문 공시문 · 제권판결문, 제권판결에 소요된 비용 영수증

■ 배상사고

구분		구비서류
공통서류		· 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-6하원칙에 따라 상세히 작성
대인	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)
대인	휴업손해	· 피해자 소득 입증자료(근로소득 원천징수 영수증, 최근 3개월간 임금대장, 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	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 (혼유사고 등)	· 차량등록증 · 사업자등록증, 가해자의 재직증명서 및 개인[신용]정보처리동의서 · 유류대 영수증

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

보험금 지급 심사 절차



※ 보험업감독규정 중 [금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면, 「금융기관은 인가등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」라고 명시하고 있습니다.

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)708-1000
  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	(02)6900-2114	(02) 3702-8500	(국번없이) 1332
주소	서울 강남구 테헤란로117 KB손해보험빌딩 정보보호파트	서울시 종로구 종로1길 50	서울시 영등포구 여의대로 38

※ 보험계약과 관련하여 불만사항 등이 있을 경우 당사 고객콜센터 [☎ 1544-0114]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), KB라이프생명(생명보험업), KB자산운용(집합투자업, 투자일임 및 투자자문), KB캐피탈(리스, 할부금융업), KB부동산신탁(신탁업), KB저축은행(상호저축은행업), KB인베스트먼트(투자 및 융자업), KB데이타시스템(시

스템, 소프트웨어 개발 및 공급업), KB신용정보(신용조사 및 추심 대행업)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 공격ž침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안교육을 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	KB라이프생명	고객정보관리인
KB자산운용	고객정보관리인	KB캐피탈	고객정보관리인
KB부동산신탁	고객정보관리인	KB저축은행	고객정보관리인
KB인베스트먼트	고객정보관리인	KB데이타시스템	고객정보관리인
KB신용정보	고객정보관리인		

보통약관

보통약관

제1절 일반조항

제 1관 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 상해에 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

용 어		정 의
계약자		회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자		보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다. 그리고 만기환급금 지급시기에 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권		계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약		계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
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.
보험의 목적		이 약관에 따라 보험에 가입한 물건으로 보험증권에 기재된 건물 등을 말합니다.

2. 지급사유 및 보상 관련 용어

용 어	정 의
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.
장해	【별표1】(장해분류표)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
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.
보험가액	재산보험에 있어 피보험 이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다. (회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)가 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

용 어	정 의
보상한도액	배상책임에 있어 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.
한국표준질병·사인분류	제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 판단합니다. • 대상 질병(상병) 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상 질병(상병) 분류에 포함합니다. • 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다. • 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병)에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병(상병)분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	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

용 어	정 의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. 원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때 - 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원 - 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
이미 납입한 보험료	계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

관 련 법 규	(대통령령 제31930호) 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

관 련 법 규	(대통령령 제31930호) 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절 보통약관의 보장을 따릅니다.

제4조(보장보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표)참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "일반상해80%이상후유장해"라 합니다)가 되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에서 정한 "일반상해80%이상후유장해"의 경우는 제2절 보통약관의 보장 "1. 일반상해80%이상후유장해" 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고 차회 이후의 아래 특별약관에 해당하는 보장보험료는 보장보험료 납입면제에서 제외되며, 차회 이후의 적립보험료 납입은 중지됩니다.

보장보험료 납입면제 제외 특별약관
가족일상생활중배상책임III【갱신계약】특별약관

4 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 【갱신계약】 특별약관의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

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.

유 의 사 항	
※ 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 그 사실을 회사에 알리고 보험료 납입면제를 요청하여야 합니다. ※ 회사는 납입면제 사유를 조사·확인하기 위해 필요하다고 인정되는 경우에는 검사결과, 진료기록부 등 증빙서류를 요청할 수 있습니다. ※ 회사는 계약이 해지된 이후 피보험자가 보험료 납입면제 사유에 해당하게 된 경우 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.	

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절 보통약관의 보장을 따릅니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금 및 제4조(보장보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 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 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

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, 제4조(보장보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 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. 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(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·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 가지급제도(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 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

용 어 풀 이	분쟁조정 신청
분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.	

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.

용 어 풀 이	가지급보험금
보험금 지급이 늦어지는 경우 회사가 지급할 것으로 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 보험금 가지급제도에 따라 먼저 지급하는 보험금을 말합니다.	

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 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 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 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"(【별표2】 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 보험수익자에게 지급합니다.

용 어 풀 이	
· **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 0.2%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.

용 어 풀 이	

· 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, 적립액이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.1%인 경우(최저보증이율은 0.2%일 경우), 적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.2%)로 적립됩니다.

· 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.

· 외부지표금리

사업방법서에 정한 방법에 따라 국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률 및 양도성예금증서 유통수익률을 기준으로 산출합니다.

· 운용자산이익률

사업방법서에 정한 방법에 따라 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

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 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

예 시	보험금을 나누어 지급받을 경우

예) 보험금: 6천만원, 보험금 지급일자: 2024년 4월 10일 일때 보험금을 일시에 받지않고 3년 동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급 금액
2024년 4월 10일	2천만원
2025년 4월 10일	2천만원 X (1+ 평균공시이율)
2026년 4월 10일	2천만원 X (1+ 평균공시이율)^2

※ 평균공시이율이란 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.(금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다)

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)

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

2 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

용 어 풀 이	법정상속인

피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순서에 따라 상속이 되는자를 말합니다.

※ 상속순위

① 피상속인의 직계비속 ② 피상속인의 직계존속
③ 피상속인의 형제자매 ④ 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

제14조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니

다. 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 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

예 시	계약자가 2명 이상인 경우

계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

· 연대

2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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.

관 련 법 규	상법

· 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하 여 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.

· 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

관 련 법 규	의료법

· 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 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

부 가 설 명	직업 또는 직무

· 직업

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일을 말합니다.

2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말합니다.
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

· 직무

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일을 말합니다.

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

부 가 설 명	위험변경에 따른 계약 변경 절차

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

3 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

4 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

예 시	비례 보상 예시

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우
·상해사망 가입금액 : 1억원
·상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5
→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

유 의 사 항

계약자 또는 피보험자는 상해보험계약을 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 알려야 합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 유의사항 관련 예시: A씨(피보험자)는 일반 사무직으로 근무하던 중 상해보험을 가입하고 몇 년 후 물품배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 고의 또는 중대한 과실로 보험회사에 알리지 않았고, 물품 배달 업무 중 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적게 지급되었습니다.

용 어 풀 이	중대한 과실

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

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 않았을때

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 때에

는 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(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제1항 제2호에 의한 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 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 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 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

유 의 사 항	
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.	

용 어 풀 이	해지
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것	

제18조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스병(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 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 최종 진단일)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.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

7 제5항의 "청약일로부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

용 어 풀 이	

· **보험가입금액 제한**
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

· **일부보장 제외**
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

· **보험금 삭감**
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

· **보험료 할증**
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

제20조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

용 어 풀 이	

· **전문금융소비자**
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 "금융소비자보호에 관한 법률" 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

· **일반금융소비자**
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다.
만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 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.

3 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 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 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 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용 어 풀 이	통신판매계약
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.	

용 어 풀 이	자필서명
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.	

용 어 풀 이	약관의 중요한 내용
금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)등에서 정한 다음의 내용을 말합니다. · 위험보장사항 및 각각의 보험료 · 청약의 철회에 관한 사항(기한 · 행사방법 · 효과 등) · 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건 · 고지의무 및 통지의무 위반의 효과 · 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 · 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함) · 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항 · 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건 · 저축성 보험계약의 공시이율 · 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항 · 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항	

관 련 법 규	전자서명법 제2조(정의)
"전자서명" 이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실	

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 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 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.

용 어 풀 이	
· 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.

부 가 설 명	
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 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 보험수익자의 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 계약자적립액 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(해약)환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

용 어 풀 이	감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)	

용 어 풀 이	계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 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 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 여기서 "신분증"이란 주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증을 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

예 시	
· 보험나이 계산 생년월일 : 1994년 10월 2일, 현재(계약일) : 2024년 4월 13일 ⇒ 2024년 4월 13일 - 1994년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 30세 **· 계약해당일 계산** 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 계약일: 2024년 10월 1일 => 계약해당일: 10월 1일 계약일: 2028년 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 지

급사유로 하지 않는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료(적립한 금액에서 중도인출액이 있었던 경우에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액)를 계약자에게 지급합니다.

부 가 설 명	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.

부 가 설 명	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.

관 련 법 규	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.

용 어 풀 이	미경과보험료

미경과보험료는 보험계약자가 납입한 보험료 중에서 아직 당해 보험료 기간이 경과되지 않은 보험료를 말합니다. 단, 사업방법서에 따라 회사가 보험료를 할인한 경우 할인금액은 차감합니다.

예) 1년치 보험료(연납)을 받은 후 6개월이 경과했다면, 6개월(미경과 기간)에 대응하는 것으로 미경과보험료라고 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 책임 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 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

용 어 풀 이	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.

용 어 풀 이	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 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

용 어 풀 이	자동대출납입
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해약환급금 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 연체중인 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 알려 드립니다. 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 해약환급금에서 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 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 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(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용 어 풀 이	납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 보험료의 납입을 재촉하는 것을 말합니다.	

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용 어 풀 이	부활
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일	

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해약환급금 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 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

용 어 풀 이	
· 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 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.	

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

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

2 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는 "금융소비자보호에 관한 법률" 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

용 어 풀 이	위법계약
위법계약이라 함은「금융소비자보호에 관한 법률」제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.	

제33조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 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(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은"보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다.
2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.
3 계약자가 제37조(중도인출)에서 정한 방법에 따라 중도인출시 인출금액 및 해약환급금의 지급 시점까지 인출금액에 적립되었을 이자만큼 해약환급금이 감소합니다.
4 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
5 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 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, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 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 해약환급금 산출방법서"에 따라 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해약환급금과 적립부분 해약환급금 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 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다.

용 어 풀 이	보험년도
보험계약일로부터 다음 해의 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예시) 보험계약일이 8월 15일인 경우 보험년도 기준 매1년은 해당년도 8월 15일부터 다음 해 8월 14일까지입니다.	

예 시	중도인출금의 한도
중도인출 시점에 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 의해 산출된 기본계약 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 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 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. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
5. 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)
① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 "금융소비자보호에 관한 법률" 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

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, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

부 가 설 명	소멸시효
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2024년 9월 1일에 발생하였음에도 2027년 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.

용 어 풀 이	신의성실의 원칙
신의성실의 원칙이라 함은 계약관계의 당사자는 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야 한다는 원칙을 말합니다.(「민법」 제2조 제1항)	

관 련 법 규	민법 제2조(신의성실) 제1항
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.	

제48조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

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

용 어 풀 이	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.

용 어 풀 이	현저하게 공정을 잃은 합의
사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.	

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.

관 련 법 규	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	

관 련 법 규	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

· 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)
회사가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우 다음 각 호 중 하나의 방식으로 미리 동의를 얻어야 한다.
1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 유무선통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선통신으로 동의 내용을 알리고 동의를 받는 방법
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

· 제33조(개인신용정보의 이용) 제2항
회사가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하는 경우 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제51조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 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.

용 어 풀 이	예금자보호제도

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 보험계약자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제2절 보통약관의 보장

1. 일반상해80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 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 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금

이 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(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 일반상해사망

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 "사망"에는 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.

부 가 설 명	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.	

관 련 법 규	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 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 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 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

특별약관

제1장 상해 관련 특별약관

제1장 상해 관련 특별약관

1. 통합상해진단비

제1조(특별약관의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합상해진단비(경증)(연간1회한) 보장
- 통합상해진단비(중등증)(연간1회한) 보장
- 통합상해진단비(중증)(연간1회한) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표3】(통합상해분류표)에서 정한 통합상해로 진단 확정된 경우 아래와 같이 구분 및 부위별로 각각 연간1회에 한하여 통합상해진단비를 보험수익자에게 지급합니다.

구분	부위	지급금액
경증	머리 및 목	각 부위별 세부보장 보험가입금액의 100%
	몸통	
	어깨 및 위팔	
	아래팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 대퇴	
	아래다리	
	발목 및 발	
	기타	
중등증	머리 및 목	각 부위별 세부보장 보험가입금액의 100%
	몸통	
	어깨 및 위팔	
	아래팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 대퇴	
	아래다리	
	발목 및 발	
	기타	
중증	머리 및 목	각 부위별 세부보장 보험가입금액의 100%
	몸통	
	어깨 및 위팔	
	아래팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 대퇴	
	아래다리	
	발목 및 발	
	기타	

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

3 제1항에서 통합상해진단비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(통합상해의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "통합상해"라 함은 【별표3】(통합상해분류표)에서 정한 상해를 말합니다.

2 제1항의 "통합상해"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "통합상해"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본

인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2. 일반상해후유장해(3~100%)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 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 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.

예 시	장해지급률 계산
① 보험가입 전 한 다리의 관절에 약간의 장해(지급률 5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 다리의 해당관절이 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)	
⇒ 보험가입 후 상해로 인한 장해지급률(30%)에서 보험가입 전 장해지급률(5%)을 차감한 지급률 25%(=30%-5%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급	
② 보험가입 후 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)인 상태에서 이후 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하가 된 경우(지급률 35%)	
⇒ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 지급률 20%(=35%-15%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급	

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

제3조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3. 팔및손가락후유장해

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 어깨부위 이하가 절단되었거나 어깨부위, 팔꿈치, 손목 및 손가락에 관절운동장해가 발생하는 경우 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 팔및손가락후유장해보험금으로 보험수익자에게 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 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.

예 시	장해지급률 계산
① 보험가입 전 한 다리의 관절에 약간의 장해(지급률 5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 다리의 해당관절이 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)	⇒ 보험가입 후 상해로 인한 장해지급률(30%)에서 보험가입 전 장해지급률(5%)을 차감한 지급률 25%(=30%-5%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급
② 보험가입 후 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)인 상태에서 이후 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하가 된 경우(지급률 35%)	⇒ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 지급률 20%(=35%-15%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급

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

제3조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4. 상해입원일당(1일이상)II

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 보험수익자에게 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 한의사 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 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

5. 종합병원상해입원일당(1일이상)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 종합병원 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 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 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 종합병원 상해입원일당을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

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("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

6. 상급종합병원상해입원일당(1일이상)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상급종합병원 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 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 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합

병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

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

제3조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

7. 상해중환자실입원일당(1일이상)II

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

3 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표9】 참조. 이하 같습니다)을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원일당은 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 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 한의사 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 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

8. 골절진단비II(치아파절제외)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표4】(골절분류표II(치아파절제외))에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

9. 치아파절진단비(연간3회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표5】(치아파절 분류표)에서 정한 치아파절로 진단확정 된 경우 연간 3회에 한하여 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 치아파절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

3 제1항에서 치아파절진단비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 치아파절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 치아파절 발생시에는 1회에 한하여 치아파절진단비를 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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

10. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표6】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 된 경우, 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
3 제1항에서 골절진단비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

11. 골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한)

제1조(보장의 범위)
이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 골절진단비(치아파절제외)(1급, 연간1회한) 보장
- 골절진단비(치아파절제외)(2급, 연간1회한) 보장
- 골절진단비(치아파절제외)(3급, 연간1회한) 보장
- 골절진단비(치아파절제외)(4급, 연간1회한) 보장
- 골절진단비(치아파절제외)(5급, 연간1회한) 보장

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표7】(골절분류표III)에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정 되고 【별표8】(골절 등급분류기준표 I)에 해당하는 경우, 해당등급에 따라 각각 연간 1회에 한하여 각 세부보장의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1급	2급	3급	4급	5급
지급 금액 (각각 연간 1회한)	각 보장의 보험가입금액 100%				

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
3 제1항에서 골절진단비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 연간 1회에 한하여 골절진단비를 지급합니다. 다만, 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 "연간"에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 등급별 골절진단비를 지급합니다.

예 시

· **골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한) 가입금액**

1급	2급	3급	4급	5급
100만원	40만원	30만원	20만원	10만원

(사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
: S422, S820

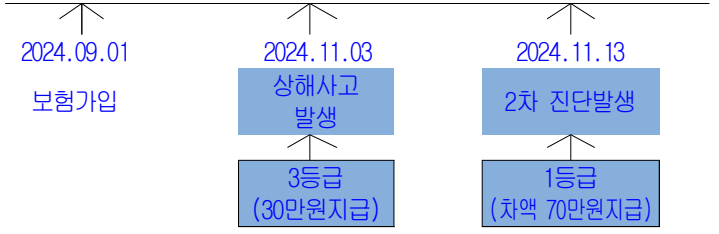
진단	진단명	골절등급
S422	상완골 상단의 골절	3
S820	무릎뼈의 골절	4

⇒ 높은 등급에 해당하는 3등급 보험금 지급 (30만원 지급)

(사례2)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
· 하나의 상해사고로 S022(비골의 골절) 진단시
⇒ 3등급에 해당하는 보험금 지급 (30만원 지급)

· 같은 상해사고로 인해 2차 진단 S064(경막외출혈)발생시
⇒ 1등급에 해당하는 보험금과 3등급 보험금의 차액 지급
(100만원 - 30만원 = 70만원)

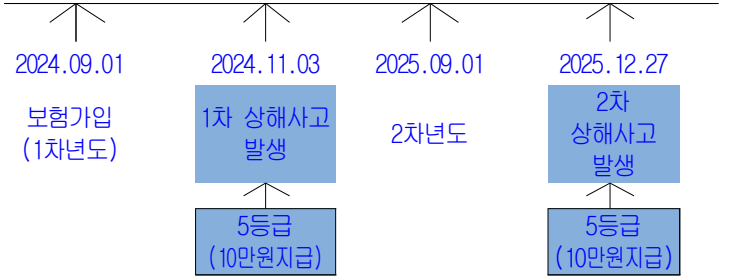


예 시

(사례3)

○ 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각 연간1회한)
· 첫 해 상해사고로 S925(기타 발가락의 골절) 진단시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)

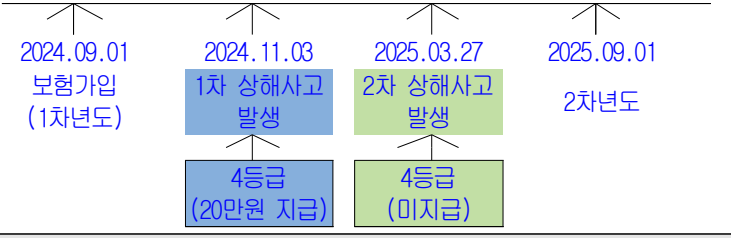
· 다음 해 상해사고로 T024(양쪽 팔의 여러부위를 침범한 골절) 진단시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)



(사례4)

○ 같은 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각 연간1회한)
· 1차 상해사고로 S223(늑골골절) 진단시
⇒ 4등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

· 2차 상해사고로 S145(경부교감신경의 손상) 진단시
⇒ 4등급에 해당하는 보험금 미지급



2 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 중

에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

12. 10대골절진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표10】(10대골절분류표)에서 정한 10대골절로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10대골절진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 10대골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 1회에 한하여 10대골절진단비를 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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

13. 척추골절진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표11】(척추골절분류표)에서 정한 척추골절로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 척추골절진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 척추골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 1회에 한하여 척추골절진단비를 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(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

14. 골절수술비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표6】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 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 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)
① 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
• **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

15. 골절수술비(1~5급, 연간1회한)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 골절수술비(1급, 연간1회한) 보장
- 골절수술비(2급, 연간1회한) 보장
- 골절수술비(3급, 연간1회한) 보장
- 골절수술비(4급, 연간1회한) 보장
- 골절수술비(5급, 연간1회한) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표12】(골절분류표Ⅳ)에서 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우, 【별표13】(골절 등급분류기준표Ⅱ)에 해당하는 등급에 따라 각각 연간 1회에 한하여 각 보장의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1급	2급	3급	4급	5급
지급 금액 (각각 연간 1회한)	각 보장의 보험가입금액 100%				

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

3 제1항에서 골절수술비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)의 골절수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 연간 1회에 한하여 골절수술비를 지급합니다. 다만, 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 "연간"에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 등급별 골절수술비를 지급합니다.

예 시

· 골절수술비(1~5급, 연간1회한) 가입금액

1급	2급	3급	4급	5급
200만원	80만원	60만원	40만원	20만원

(사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단 후 수술을 받은 경우
: S422, S820

진단	진단명	골절등급
S422	상완골 상단의 골절	3
S820	무릎뼈의 골절	4

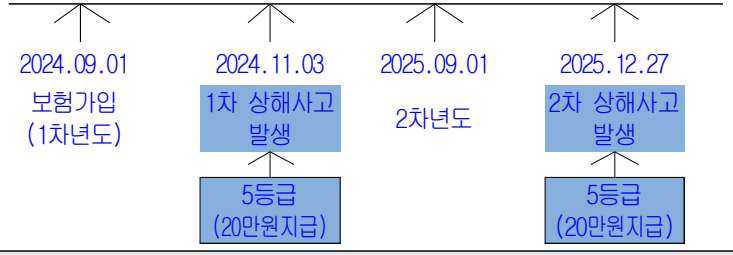
⇒ 높은 등급에 해당하는 3등급 보험금 지급 (60만원)

(사례2)

○ 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각 연간1회한)

· 첫 해 상해사고로 S925(기타 발가락의 골절) 진단후 수술시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

· 다음 해 상해사고로 T024(양쪽 팔의 여러부위를 침범한 골절) 진단후 수술시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)



예 시	

(사례3)

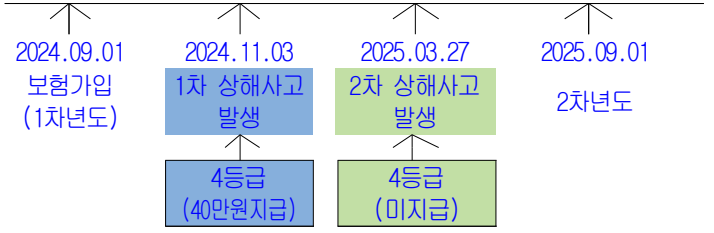
○ 같은 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각 연간1회한)

· 1차 상해사고로 S223(늑골골절) 진단후 수술시

⇒ 4등급에 해당하는 보험금 지급 (40만원 지급)

· 2차 상해사고로 S145(경부교감신경의 손상) 진단후 수술시

⇒ 4등급에 해당하는 보험금 미지급



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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

16. 10대골절수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표10】(10대골절분류표)에서 정한 10대골절로 진단확정후 골절치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10대골절수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 10대골절수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 10대골절수술비만 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의)

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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

17. 척추골절수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표11】(척

추골절분류표)에서 정한 척추골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 척추골절수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 척추골절수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 척추골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 척추골절수술비만 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특

별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

18. 화상진단비

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표14】(화상분류표)에 정한 화상으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

2 제1항의 화상이라 함은 "한국표준질병·사인분류"에 의하여 【별표14】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

19. 화상수술비

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표14】(화상분류표)에 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

2 제1항의 화상이라 함은 "한국표준질병·사인분류"에 의하여 【별표14】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 화상수술비는 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

20. 상해수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 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 제1절 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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 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 봅니

다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

21. 상해수술비(종합병원)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 종합병원에서 수술을 받은 경우 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 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 제1절 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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 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 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 "종합병원"의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에서 의사의 관리하에 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

22. 상해수술비(상급종합병원)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 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 제1절 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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 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 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 "상급종합병원"의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "상급종합병원"에서 의사의 관리하에 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

23. 상해1~5종수술비(매회지급)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 상해1~5종수술비(매회지급)(1종) 보장
- 상해1~5종수술비(매회지급)(2종) 보장
- 상해1~5종수술비(매회지급)(3종) 보장
- 상해1~5종수술비(매회지급)(4종) 보장
- 상해1~5종수술비(매회지급)(5종) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "1~5종수술II 분류표"(【별표15】 1~5종수술II 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해1~5종수술비로 보험수익자에게 수술 1회당 지급합니다.

구 분	지급금액				
	1종	2종	3종	4종	5종
상해1~5종수술비 (매회지급)	각 보장의 보험가입금액 100%				

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해1~5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 상해1~5종수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 상해1~5종수술비에서 이미 지급한 상해1~5종수술비를 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

용 어 풀 이	체간골
체간골이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.	

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하여 【별표15】(1~5종수술II 분류표)에서 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

24. 상해1~5종수술비(종합병원, 매회지급)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 상해1~5종수술비(종합병원, 매회지급)(1종) 보장
- 상해1~5종수술비(종합병원, 매회지급)(2종) 보장
- 상해1~5종수술비(종합병원, 매회지급)(3종) 보장
- 상해1~5종수술비(종합병원, 매회지급)(4종) 보장
- 상해1~5종수술비(종합병원, 매회지급)(5종) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 종합병원에서 "1~5종수술II 분류표"(【별표15】 1~5종수술II 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해1~5종수술비로 보험수익자에게 수술 1회당 지급합니다.

구 분	지급금액				
	1종	2종	3종	4종	5종
상해1~5종수술비 (종합병원, 매회지급)	각 보장의 보험가입금액 100%				

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해1~5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 상해1~5종수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 상해1~5종수술비에서 이미 지급한 상해1~5종수술비를 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

2 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

용 어 풀 이	체간골

체간골이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제5조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 "종합병원"의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하여 【별표15】(1~5종수술Ⅱ 분류표)에서 정한 행위를 하는 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

25. 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)(1종) 보장
- 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)(2종) 보장
- 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)(3종) 보장
- 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)(4종) 보장
- 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)(5종) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 "1~5종수술II 분류표"(【별표15】 1~5종수술II 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해1~5종수술비로 보험수익자에게 수술 1회당 지급합니다.

구 분	지급금액				
	1종	2종	3종	4종	5종
상해1~5종수술비 (상급종합병원, 매회지급)	각 보장의 보험가입금액 100%				

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해1~5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 상해1~5종수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 상해1~5종수술비에서 이미 지급한 상해1~5종수술비를 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

2 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

용 어 풀 이	체간골

체간골이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 "상급종합병원"의 의사, 치과의사 면허를

가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "상급종합병원"에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하여 【별표15】(1~5종수술Ⅱ 분류표)에서 정한 행위를 하는 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

26. 창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 "창상봉합술(급여)"를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 창상봉합술 치료비로 지급합니다.

구 분		지급금액
창상봉합술Ⅰ(안면/경부)	상해로 '창상봉합술(급여)(안면/경부) 분류표'에 서 정한 '창상봉합술Ⅰ(급여)(안면/경부)'을 받는 경우	'창상봉합술 치료비Ⅰ(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)'보장 보험가입금액
창상봉합술Ⅱ(안면/경부)	상해로 '창상봉합술(급여)(안면/경부) 분류표'에 서 정한 '창상봉합술Ⅱ(급여)(안면/경부)'을 받는 경우	'창상봉합술 치료비Ⅱ(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)'보장 보험가입금액

2 제1항에도 불구하고 창상봉합술 치료비는 연간 3회를 한도로 하며, 한도 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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("창상봉합술(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "창상봉합술(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "창상봉합술"이라 함은 【별표16】(창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드)에서 정한 창상봉합술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 해당 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 "창상봉합술 대상 수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "창상봉합술 대상 수가코드"를 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

4 제1항의 "창상봉합술(급여)"는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

27. 창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 "창상봉합술(급여)"를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 창상봉합술 치료비로 지급합니다.

구 분		지급금액
창상봉합술 I (안면/경부 외)	상해로 '창상봉합술(급여)(안면/경부 외) 분류표'에 서 정한 '창상봉합술 I (급여)(안면/경부 외)'을 받는 경우	'창상봉합술 치료비 I (안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)'보장 보험가입금액
창상봉합술II (안면/경부 외)	상해로 '창상봉합술(급여)(안면/경부 외) 분류표'에 서 정한 '창상봉합술II(급여)(안면/경부 외)'을 받는 경우	'창상봉합술 치료비II (안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)'보장 보험가입금액

2 제1항에도 불구하고 창상봉합술 치료비는 연간 3회를 한도로 하며, 한도 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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("창상봉합술(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "창상봉합술(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "창상봉합술"이라 함은 【별표17】(창상봉합술(안면/경부 외) 대상 수가코드)에서 정한 창상봉합술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 해당 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 "창상봉합술 대상 수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "창상봉합술 대상 수가코드"를 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

4 제1항의 "창상봉합술(급여)"는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

28. 중대한특정상해수술비

제1조(보험금의 지급사유)

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 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대한특정상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

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("뇌손상" 등의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표18】(중대한 특정상해 분류표) 참조)을 입은 경우를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 손상(【별표18】(중대한 특정상해 분류표) 참조)을 입은 경우를 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "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.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 중대한특정상해수술비를 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및

해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

29. 상해흉터복원수술비

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 보험수익자에게 하나의 사고에 대하여 500만원한도로 지급합니다.

(보험가입금액 7만원 고정)

구분	안면부	상지·하지
상해흉터복원수술비	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, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해

약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

30. 상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부)

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 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

구 분	지급금액
안면부(5cm이상~ 10cm미만)	가입금액의 60%
안면부(10cm이상)	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, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

31. 심한상해수술비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 【별표19】(신경 및 장기손상 분류표)에서 정한 신경 또는 장기에 손상이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 심한상해수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 심한상해수술비는 같은 사고를 직접원인으로 두 종류 이상의 심한상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 심한상해수술비만 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, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

32. 외모특정상해(머리, 목)수술비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "외모특정상해"로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 외모특정상해(머리,목)수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 외모특정상해(머리,목)수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 외모특정상해(머리,목)수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 외모특정상해(머리,목)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 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 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 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(외모특정상해의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "외모특정상해"라 함은 "외모특정상해분류표"(【별표20】(외모특정상해 분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상해를 말합니다.

② 제1항의 "외모특정상해"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "외모특정상해"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, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

33. 척추상해수술비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표21】(척추상해 분류표)에서 정한 척추상해로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 척추상해수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 척추상해수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 척추상해수술비만 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다),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 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)
① 이 특별약관에 있어서 "수술" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

34. 3대하지관절상해수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표22】(3대하지관절상해 분류표)에서 정한 3대하지관절상해로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 3대하지관절상해수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 3대하지관절상해수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 3대하지관절상해수술비만 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다),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 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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 안전

성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

35. 뇌·내장손상수술비

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 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌손상 : 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표23】(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(【별표23】(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, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

36. 무릎인대파열·연골손상수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "무릎인대파열·연골손상"을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 무릎인대파열·연골손상수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 무릎인대파열·연골손상수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 무릎인대파열·연골손상수술비만 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술

(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다),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 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(무릎인대파열 · 연골손상의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "무릎인대파열 · 연골손상"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표24】(무릎인대파열 · 연골손상 분류표)에서 정한 상해를 말합니다.

② "무릎인대파열 · 연골손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "무릎인대파열 · 연골손상수술"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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

37. 아킬레스힘줄손상수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "아킬레스힘줄손상"을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 아킬레스힘줄손상수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 아킬레스힘줄손상수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 아킬레스힘줄손상수술비만 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다),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 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(아킬레스힘줄손상의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "아킬레스힘줄손상"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "아킬레스힘줄손상 분류표"(【별표25】(아킬레스힘줄손상 분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상해를 말합니다.

② "아킬레스힘줄손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "아킬레스힘줄손상"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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이
· **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(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

38. 특정이물제거치료비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표26】(이물사고 분류표)에서 정한 상병으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "특정이물제거치료"를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정이물제거치료비로 지급합니다.

2 "특정이물제거치료"를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(특정이물제거치료의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정이물제거치료"라 함은 【별표27】(특정이물제거치료 분류표)에서 정한 특정이물치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 특정이물제거치료는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다) 가진 자에 의하여 특정이물제거치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록

및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

39. 중대한화상 및 부식진단비

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 보험수익자에게 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 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 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

40. 외상성특정뇌손상 진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 외상성특정뇌손상으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성특정뇌손상진단비로 보험수익자에게 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(외상성특정뇌손상의 정의 및 진단 확정)
1. 이 특별약관에 있어서 "외상성특정뇌손상"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표28】(특정외상성뇌손상 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.
2. "외상성특정뇌손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1. 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 외상성특정뇌손상진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

41. 외상성특정뇌출혈 진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 외상성특정뇌출혈로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성특정뇌출혈진단비로 보험수익자에게 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(외상성특정뇌출혈의 정의 및 진단 확정)
1. 이 특별약관에 있어서 "외상성특정뇌출혈"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표29】(특정외상성뇌출혈 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.
2. "외상성특정뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1. 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 외상성특정뇌출혈진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

42. 외상성특정장기손상 진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 외상성특정장기손상으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성특정장기손상진단비로 보험수익자에게 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(외상성특정장기손상의 정의 및 진단 확정)
1 이 특별약관에 있어서 "외상성특정장기손상"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표30】(특정외상성장기손상 분류표)에서 정한 상병을 말합니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈등은 제외합니다.
2 "외상성특정장기손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상법(MRI), 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 외상성특정장기손상진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

43. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 "입원 상해재활치료(급여)" 횟수와 "통원 상해재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 15회를 한도로 합니다.
3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(입원 및 통원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 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 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("상해 재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "상해 재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

44. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 "입원 상해재활치료(급여)" 횟수와 "통원 상해재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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 있

습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 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 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("상해 재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해 재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

45. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 "입원 상해재활치료(급여)" 횟수와 "통원 상해재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 60회를 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(입원 및 통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 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 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("상해 재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "상해 재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

46. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금으로 보험수익자에게 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) 제1항에서 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.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
   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, 보트를 포함합니다)
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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

47. 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 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) 제1항에서 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 이

전의 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
   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, 보트를 포함합니다)
4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

48. 대중교통이용중교통상해사망

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 대중교통이용중교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 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) 제1항 "사망" 에는 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.

부 가 설 명	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.	

관 련 법 규	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 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
   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, 보트를 포함합니다)
4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 대중교통이용중교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

49. 특정여가활동중상해후유장해(3~79%)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정여가활동중상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 특정여가활동중상해후유장해(3~79%) 보험금으로 보험수익자에게 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) 제1항에서 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.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

50. 특정여가활동중상해80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정여가활동중상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 특정여가활동중상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 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) 제1항에서 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)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 특정여가활동중상해80%이상후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

51. 특정여가활동중상해사망

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정여가활동중상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 특정여가활동중상해사망보험금으로 보험수익자에게 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) 제1항 "사망" 에는 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.

부 가 설 명	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.	

관 련 법 규	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 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 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) 제1항에서 정한 특정여가활동중상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

52. 자전거탑승중상해사망

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 자전거탑승중 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 자전거탑승중 상해사망보험금으로 보험수익자에게 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(적재물을 포함합니다)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) "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.

부 가 설 명	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.	

관 련 법 규	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 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   - 가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)
   - 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 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

53. 항공기이용중상해사망

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 항공기이용중상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 항공기이용중상해사망보험금으로 보험수익자에게 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.

부 가 설 명	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.	

관 련 법 규	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 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 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 항공기이용중상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

54. 골프중상해사망

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "골프중" 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 골프중상해사망보험금으로 보험수익자에게 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) "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.

부 가 설 명	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.

관 련 법 규	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 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 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 골프중상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

55. 골프중 카트사고부상보장(1~10급)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 국내 소재의 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장 등 그 외 부속시설을 포함합니다. 이하 "골프시설"이라 합니다) 구내에서 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표31】(자동차사고 부상등급표)의 상해등급 중 1급, 2급, 3급, 4급, 5급, 6급, 7급, 8급, 9급 또는 10급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	지급기준	지급금액 예시
1 ~ 3급	부상등급(1~10급) 보험가입금액 100만원 기준	500만원
4 ~ 7급		100만원
8 ~ 10급		20만원

1. 피보험자가 골프카트를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 골프카트사고(이하 "골프카트 운전중 사고"라 합니다)
2. 피보험자가 운행중인 골프카트에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
3. 피보험자가 운행중인 골프카트에 탑승하지 않은 때, 운행중인 골프카트와의 충돌, 접촉 또는 이들 골프카트의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 골프카트사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)
4. "운전"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 골프카트 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2 제1항에서 피보험자라 함은 골프의 연습, 경기 또는 지도를 행하는 자를 말합니다.

3 제1항에서 "골프카트"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차 중 골프시설 구내에서 골퍼와 클럽 등을 운반해주는 운송수단을 말합니다.

4 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. 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 골프카트의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   - 가. 골프중 카트사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서 또는 해당 골프시설에서 발급한 사고사실확인서 등)
   - 나. 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
   - 다. 해당 골프시설에서 가입한 체육시설배상책임보험에 청구한 청구서류 사본 또는 이와 유사하다고 판단되는 서류

2 제1항 제2호 나.목의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

56. 자동차사고부상보장(1~9급)(운전자)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표31】 (자동차사고 부상등급표)의 상해등급 중 1급, 2급, 3급, 4급, 5급, 6급, 7급, 8급 또는 9급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 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 "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 "건설기계"란 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

관 련 법 규	자동차손해배상 보장법 시행령

· 제2조(건설기계의 범위)
1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)
   나. 하역작업
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
   경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류 및 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나.목의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

57. 자동차사고부상보장(1~9급)(비운전자)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표31】(자동차사고 부상등급표)의 상해등급 중 1급, 2급, 3급, 4급, 5급, 6급, 7급, 8급 또는 9급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

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 "건설기계"란 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 또한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

관 련 법 규	자동차손해배상 보장법 시행령

· 제2조(건설기계의 범위)
1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
※ 관련 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)
   나. 하역작업
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류 및 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호 나.목의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

58. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)
58-1. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

3 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며,의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는서명이 담겨있어야 합니다)
5. 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

59. 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)
59-1. 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)로 보험수익자에게 지급합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험가입금액의 100%

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

예 시	간병인사용상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)계산
· 보험계약일(보장개시일) : 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원 · 입원기간 및 간병인 사용일 예시 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 4월 30일 - 간병인 사용일 및 사용금액 2024년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당. → 2만원 × 8일 = 16만원 지급 2024년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당 → 1만원 × 8일 = 8만원 지급 · 간병인사용상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급	

2 제1항의 간병인사용상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 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 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

3 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)은 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는서명이 담겨있어야 합니다)
5. 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

60. 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
60-1. 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 180일초과 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험가입금액의 100%

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

예 시	간병인사용상해입원일당 계산
· 보험계약일(보장개시일) : 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원 · 입원기간 및 간병인 사용일 예시 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 10월 31일 - 간병인 사용일 및 사용금액 2024년 4월 10일 ~ 10월 21일 : 총 사용일수 195일 총사용금액 1,560만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당. → 2만원 × 15일(195일 - 180일) = 30만원 지급	

2 제1항의 간병인사용상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용상해입원일당은 같은 상해의 치료를

목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용상해입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용상해입원일당을 지급합니다.

10 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 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 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다. 단, 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"은 제외합니다.

제5조(간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

3 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 자동갱신)

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.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

61. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)
61-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 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 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
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(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 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 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)을 말합니다.

제4조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제4조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

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

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

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.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

62. 간호간병통합서비스 상해입원일당(종합병원, 1-180일)
62-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(종합병원, 1-180일)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

9 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

10 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("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여

제3조("종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

2 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

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

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

63. 간호간병통합서비스 상해입원일당(상급종합병원, 1-180일)
63-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(상급종합병원, 1-180일)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조

("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

9 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

10 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("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

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

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

64. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)

64-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 180일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

예 시	간호간병통합서비스 상해입원일당 계산
· 보험계약일(보장개시일) : 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 7만원 · 입원기간 및 간호간병통합서비스 사용일 예시 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 10월 31일 - 간호간병통합서비스 사용일 및 사용금액 2024년 4월 10일 ~ 10월 21일 : 총 사용일수 195일 → 7만원 × 15일(195일 - 180일) = 105만원 지급	

2 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

10 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리

하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원을 말합니다. 단, 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.

⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

2 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

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

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

65. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)

65-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

10 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을

지급하지 않습니다.

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("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 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 국내의 병원을 말합니다. 단, 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.

⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

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

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

66. 종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 상해입원일당(1인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 종합병원 상해입원일당(1인실)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상해입원일당(1인실)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상해입원일당(1인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 다른 종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.
6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.
7 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.
8 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.
9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
10 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("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

67. 상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 상해입원일당(1인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상급종합병원 상해입원일당(1인실)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 60일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상해입원일당(1인실)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 상해입원일당(1인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 상급병실(1인실) 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

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

제3조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특

별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

68. 상해CT검사비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "CT검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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("CT검사(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "CT검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-245	일반 전산화단층영상진단(CT)

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사	

2 제1항의 "CT검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 이 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

5 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

69. 상해MRI검사비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "MRI검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지

의 기간을 의미합니다.

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("MRI검사(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "MRI검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-246	자기공명영상진단(MRI)

용 어 풀 이	자기공명영상진단(MRI)
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 제1항의 "MRI검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 이 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

5 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

70. 골절부목치료비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표4】(골절분류표II(치아파절제외))에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "부목(Splint Cast)치료"(이하 부목치료라 합니다)를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절부목치료비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 골절부목치료비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 골절 진단후, 다수의 부목치료를 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절부목치료비를 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(부목(Splint Cast)치료의 정의)

① 이 특별약관에서 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 【별표32】(부목치료 대상 분류표)에서 정한 부목치료 대상 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항의 부목치료는 "의사"에 의하여 부목치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

71. 골절철심제거수술비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "골절진단(치아파절제외)"로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 체내에 삽입한 철심을 제거하는 "골절철심제거술"을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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 정하

며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("골절진단(치아파절제외)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "골절진단(치아파절제외)"이라 함은 【별표4】(골절분류표 II(치아파절제외))에 정한 상병을 말합니다.

② "골절진단(치아파절제외)"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "골절진단(치아파절제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조("골절철심제거술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "골절철심제거술"이라 함은 【별표33】(골절철심제거 수술분류표)에서 정한 골절철심제거수술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 해당 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

② 제1항의 "골절철심제거술"은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "골절철심제거술"이 필요하다고 인정한 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 "골절철심제거술"은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

72. 기후성질환진단비(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기후성질환(온열질환)" 또는 "기후성질환(저체온질환)"으로 진단 확정된 경우에는 각각 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 기후성질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
기후성질환(온열질환)	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기후성질환(저체온질환)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 기후성질환진단비는 "기후성질환(온열질환)" 또는 "기후성질환(저체온질환)"의 직접적인 원인, 질환의 종류 및 질환의 부위와 상관없이 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

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("기후성질환(온열질환)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기후성질환(온열질환)"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표62】(기후성질환(온열질환) 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "기후성질환(온열질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "기후성질환(온열질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조("기후성질환(저체온질환)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기후성질환(저체온질환)"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표63】(기후성질환(저체온질환) 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "기후성질환(저체온질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 임상적 특징 또는 혈압 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "기후성질환(저체온질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

73. 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"으로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독액성동물접촉중독진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 독액성동물접촉중독진단비는 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"의 직접적인 원인, 중독의 종류 및 중독 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 내지 제2항에서 정한 사항
2. 섭취에 의한 중독
3. 동물을 매개로 한 감염
4. 봉침, 살모사주(酒) 등과 같이 치료, 미용 등의 목적으로 독액성 동물 또는 독액성 동물에서 추출한 독액과 접촉(물림, 쏘임, 주입, 섭취 등 포함. 이하 같습니다)하는 경우 및 독액을 추출하는 과정에서 접촉하는 경우
5. 꿀벌, 모기, 진드기, 거머리 등 독성이 없는 동물과의 접촉
6. 독액성 동물과 접촉하였으나 독성효과가 나타나지 않아, 해독 또는 무독화 처치를 하지 않은 경우

제5조("독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표64】(독액성동물접촉중독 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

74. 안면 · 두개골 골절진단비(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표65】(안면 · 두개골 골절 분류표)에서 정한 골절로 진단 확정된 경우, 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 안면 · 두개골 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
3 제1항에서 안면 · 두개골 골절진단비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 안면 · 두개골 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 안면 · 두개골 골절 발생시에는 1회에 한하여 안면 · 두개골 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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제2장 질병 관련 특별약관

제2장 질병 관련 특별약관

1. 내측상과염(골프엘보우) 진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "내측상과염"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 내측상과염(골프엘보우)진단비로 보험수익자에게 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(내측상과염의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "내측상과염"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표34】(내측상과염 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "내측상과염"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "내측상과염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 내측상과염(골프엘보우)진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2. 외측상과염(테니스엘보우) 진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외측상과염"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외측상과염(테니스엘보우)진단비로 보험수익자에게 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(외측상과염의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외측상과염"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표35】(외측상과염 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "외측상과염"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "외측상과염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 외측상과염(테니스엘보우)진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및

해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3. 추간판장애(디스크질환)진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "추간판장애(디스크질환)"으로 진단확정 된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애(디스크질환)진단비로 보험수익자에게 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(추간판장애(디스크질환)의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "추간판장애(디스크질환)"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표36】(추간판장애 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 추간판장애(디스크질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT) 또는 자기공명영상(MRI) 소견 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "추간판장애(디스크질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 추간판장애(디스크질환)진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4. 주요팔근육염증진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요팔근육염증"으로 진단확정 된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 주요팔근육염증진단비로 보험수익자에게 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(주요팔근육염증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "주요팔근육염증"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표37】(주요팔근육염증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 주요팔근육염증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요팔근육염증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요팔근육염증진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

5. 주요다리근육염증진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요다리근육염증"으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 주요다리근육염증진단비로 보험수익자에게 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(주요다리근육염증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "주요다리근육염증"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표38】(주요다리근육염증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 주요다리근육염증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요다리근육염증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요다리근육염증진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

6. 주요관절병 · 척추염진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요관절병 · 척추염"으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 주요관절병 · 척추염진단비로 보험수익자에게 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(주요관절병 · 척추염의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요관절병 · 척추염"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표39】(주요관절병 · 척추염 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 주요관절병 · 척추염의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요관절병 · 척추염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요관절병 · 척추염진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

7. 족저근막염진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "족저근막염"으로 진단확정 된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 족저근막염진단비로 보험수익자에게 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(족저근막염의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "족저근막염"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표40】(족저근막염 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 족저근막염의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "족저근막염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 족저근막염진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

8. 골다공증 · 특정골절수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "골다공증 및 특정골절"로 진단확정되고 그 골다공증 및 특정골절의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 골다공증 및 특정골절수술비로 보험수익자에게 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(골다공증 및 특정골절의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "골다공증 및 특정골절"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표41】(골다공증 및 특정골절 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "골다공증 및 특정골절"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "골다공증 및 특정골절"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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **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)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

9. 척추질병수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 척추질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
척추질병수술비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

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 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우 (O00~O99)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제4조(척추질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "척추질병"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표42】(척추질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "척추질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "척추질병"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, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이
· **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

④ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

10. 류마티스관절염(항류마티스약제)치료비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "류마티스관절염(항류마티스약제)"으로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 류마티스관절염(항류마티스약제)치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
류마티스관절염 (항류마티스약제) 치료비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

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("류마티스관절염(항류마티스약제)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "류마티스관절염(항류마티스약제)"이라 함은 다음의 "가"와 "나"의 두 가지 요건을 모두 만족하는 질병을 말합니다.

가. 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 항목

대상이 되는 질병	분류번호
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
[J99.0*: 류마티스 폐질환(M05.1+)]	J99.0*
기타 류마티스 관절염	M06

제9차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

나. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 합니다. 항류마티스약제(DMARDs)로 치료 받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

다만, 아세틸살리실산제제 등 비스테로이드성항염제는 제외됩니다. 다만, 임상학적으로 류마티스관절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs) 치료가 필요함에도 불구하고 다음의 1) 또는 2)에 해당되어 치료를 받지 못할 경우, 다음의 1) 또는 2)에 해당됨을 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.

1) 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우
2) 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우

2 제1항의 "류마티스관절염(항류마티스약제)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가" 류마티스관절염(항류마티스약제)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 류마티스관절염(항류마티스약제) 치료비를 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

11. 질병CT검사비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "CT검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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("CT검사(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "CT검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-245	일반 전산화단층영상진단(CT)

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사	

2 제1항의 "CT검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 이 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

5 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

12. 질병MRI검사비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "MRI검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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("MRI검사(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "MRI검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-246	자기공명영상진단(MRI)

용 어 풀 이	자기공명영상진단(MRI)
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 제1항의 "MRI검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 이 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

5 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

13. 외상후스트레스장애진단비(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외상후스트레스장애"로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상후스트레스장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

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(외상후스트레스장애의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외상후스트레스장애"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표43】(외상후스트레스장애 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "외상후스트레스장애"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 작성된 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초

로 하여야 합니다. 또한 회사가 "외상후스트레스장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사 결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처처방조제비), 외상후스트레스장애척도(CAPS)결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제3장 상해 및 질병 관련 특별약관

제3장 상해 및 질병 관련 특별약관

1. 응급실내원비(응급)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "응급환자"에 해당되어 "응급실"에 내원하여 진료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 내원 1회당 응급실내원비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 의료기관을 옮겨 응급실에 내원한 환자인 경우에도 보장합니다.

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(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.

관 련 법 규	응급의료에 관한 법률

· 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.

관 련 법 규	응급의료에 관한 법률 시행규칙

· 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

용 어 풀 이	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

용 어 풀 이	응급증상 및 이에 준하는 증상

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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2. 깁스치료비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

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 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("깁스(Cast)치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "깁스(Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제1항의 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3. 신인공관절치환수술비(최초1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 인공관절치환수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 최초1회에 한하여 신인공관절치환수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 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 있

습니다. 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 제1절 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 제8차 한국표준질병·사인분류에 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("인공관절치환수술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "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.

2 제1항의 "인공관절치환수술"에서 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이
· **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 신인공관절치환수술비(최초1회한)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4. 골밀도검사지원비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사는 제외합니다. 이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려진 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "골밀도검사(급여)"를 받은 경우(이하 "골밀도검사"라 합니다) 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 골밀도검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 "골밀도검사"를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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("골밀도검사(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "골밀도검사(급여)"라 함은 【별표44】(골밀도검사 분류표)에서 정한 골밀도검사 대상 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 "골밀도검사(급여)"는 "의사"에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

5. 골다공증진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골다공증으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 골다공증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
골다공증진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(골다공증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "골다공증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(골다공증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "골다공증"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표45】(골다공증 분류표)에서 정한 질병 중 골다공증진단방법을 기준으로 하여 이중에너지 방사선 흡수계측법(dual energy X-ray absorptionmetry, DXA)을 이용하여 측정한 T값(T-score)이 -2.50이하인 경우를 말합니다.

② 골다공증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 표준적인 의학적 골다공증진단방법(요추, 대퇴골 경부, 대퇴골 전체를 측정하고 가장 낮은 T값으로 진단하는 방법)을 기준으로 하여 내려져야 하며, 이중에너지 방사선 흡수계측법(DXA)으로 측정하는 골밀도 기기의 결과지를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "골다공증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 이중에너지 방사선 흡수계측법이 더 이상 골다공증진단방법으로 사용되지 않고, 국내 의학계에서 인정되는 골다공증진단방법이 변경될 경우에는 그 방법에 따릅니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 골다공증의 진단 결과를 확인할 수 있는 서류(소견서, 진료확인서, 검사결과지 등))
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 골다공증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

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 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

6. 추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성 및 상세불명 제외) 수술비

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 추간판장애 또는 관절증(엉덩,무릎)(이하 "관절증"이라 합니다)으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성 및 상세불명 제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "추간판장애"라 함은 척추의 추간판이 돌출되어 통증 및 신경 증상을 유발하는 질환으로써 【별표36】(추간판장애 분류표)에서 정한 상해 또는 질병을 말합니다.

3 제1항에서 "관절증" 이라 함은 【별표46】(관절증 질환 분류표)에서 정한 상해 또는 질병을 말합니다.

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)

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

1. 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 제8차 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, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

7. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외)

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 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "관절증"이라 함은 【별표46】(관절증 질환 분류표)에서 정한 상해 또는 질병을 말합니다.

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)

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

1. 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 제8차 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, 치과의사 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.

용 어 풀 이	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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

8. 지속적신대체요법(CRRT)치료비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "지속적신대체요법(CRRT)"을 받은 경우 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 "지속적신대체요법(CRRT)"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(지속적신대체요법(CRRT)의 정의)

1 이 특별약관에서 "지속적신대체요법(CRRT)"라 함은 【별표47】(지속적신대체요법(CRRT) 분류표)에서 정한 지속적신대체요법(CRRT) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 지속적신대체요법(CRRT)은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 지속적신대체요법(CRRT)이 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

9. 인공호흡기(12시간초과)치료비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "인공호흡기(12시간초과) 치료"를 받은 경우 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 "인공호흡기(12시간초과) 치료"를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(인공호흡기(12시간초과) 치료의 정의)

1 이 특별약관에서 "인공호흡기(12시간초과) 치료"라 함은 【별표48】(인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표)에서 정한 인공호흡기(12시간초과) 치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 인공호흡기(12시간초과) 치료는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 인공호흡기(12시간초과) 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

10. 저체온요법치료비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "저체온요법치료"를 받은 경우 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 "저체온요법치료"를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지

의 기간을 의미합니다.

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(저체온요법치료의 정의)

1. 이 특별약관에서 "저체온요법치료"라 함은 【별표49】(저체온요법치료 분류표)에서 정한 저체온요법치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
2. 제1항의 저체온요법치료는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 저체온요법치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3. 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
4. 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1. 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)
   2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

11. 골절탈구 도수정복술치료비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1. 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "골절탈구 도수정복술"을 받은 경우에는 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.
2. "골절탈구 도수정복술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
3. 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(골절탈구 도수정복술의 정의)

1. 이 특별약관에서 "골절탈구 도수정복술"이라 함은 【별표50】(골절탈구 도수정복

술 분류표)에서 정한 골절탈구 도수정복술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 골절탈구 도수정복술은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 골절탈구 도수정복술이 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

12. 골관절고정수술비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "골관절고정수술"을 받은 경우 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 "골관절고정수술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(골관절고정수술의 정의)

1 이 특별약관에서 "골관절고정수술"이라 함은 【별표51】(골관절고정수술 분류표)에서 정한 골관절고정수술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 골관절고정수술은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 골관절고정수술이 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록

및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

13. 자가연골(세포)이식수술비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "자가연골(세포)이식 수술"을 받은 경우 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 "자가연골(세포)이식 수술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(자가연골(세포)이식 수술의 정의)

1 이 특별약관에서 "자가연골(세포)이식 수술"라 함은 【별표52】(자가연골(세포)이식 수술 분류표)에서 정한 자가연골(세포)이식 수술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 자가연골(세포)이식 수술은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 자가연골(세포)이식 수술이 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

14. 신경성형수술비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "신경성형수술"을 받은 경우 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 "신경성형수술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(신경성형수술의 정의)

1 이 특별약관에서 "신경성형수술"라 함은 【별표53】(신경성형수술 분류표)에서 정한 신경성형수술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 신경성형수술은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 신경성형수술이 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

15. 반월판연골수술비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "반월판연골수술"을 받은 경우 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 "반월판연골수술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(반월판연골수술의 정의)

1 이 특별약관에서 "반월판연골수술"라 함은 【별표54】(반월판연골수술 분류표)에서 정한 반월판연골수술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 반월판연골수술은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 반월판연골수술이 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

16. 척추고정수술비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "척추고정수술"을 받은 경우 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② "척추고정수술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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(척추고정수술의 정의)

① 이 특별약관에서 "척추고정수술"라 함은 【별표55】(척추고정수술 분류표)에서 정한 척추고정수술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항의 척추고정수술은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 척추고정수술이 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 및 그 외 질병진단에 필요한 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

17. 십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "십자인대질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "십자인대수술(급여)"를 받은 때에 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 십자인대수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
십자인대수술비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("십자인대질환" 및 "십자인대수술(급여)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "십자인대질환"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표56】(십자인대질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서 "십자인대수술(급여)"이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 사이의 무릎관절 안에 위치한 전방십자인대 또는 후방십자인대가 파열되어 십자인대를 접합, 성형 또는 재건하는 수술을 말합니다.
3 제2항의 "십자인대수술(급여)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 【별표57】(십자인대수술(급여) 분류표)에 해당하는 진료행위를 말하며, "십자인대질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제2항 내지 제3항에도 불구하고, 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 "십자인대수술(급여)" 에 준하여 "십자인대수술(급여) 대상 수가코드"를 결정합니다.
5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 인하여 제3항에서 정한 "십자인대수술(급여)"외에 "십자인대수술(급여)"에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

18. 척추, 근골격계 및 특정골절 CT검사비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "척추, 근골격계 및 특정골절"의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "CT검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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("척추, 근골격계 및 특정골절"의 정의 및 진단)

1 이 특별약관에 있어서 "척추, 근골격계 및 특정골절"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표58】(척추, 근골격계 및 특정골절 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "척추, 근골격계 및 특정골절"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "척추, 근골격계 및 특정골절"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조("CT검사(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "CT검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-245	일반 전산화단층영상진단(CT)

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사	

2 제1항의 "CT검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 이 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

5 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

19. 척추, 근골격계 및 특정골절 MRI검사비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "척추, 근골격계 및 특정골절"의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "MRI검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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("척추, 근골격계 및 특정골절"의 정의 및 진단)

1 이 특별약관에 있어서 "척추, 근골격계 및 특정골절"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표58】(척추, 근골격계 및 특정골절 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "척추, 근골격계 및 특정골절"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "척추, 근골격계 및 특정골절"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조("MRI검사(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "MRI검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-246	자기공명영상진단(MRI)

용 어 풀 이	자기공명영상진단(MRI)
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 제1항의 "MRI검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 이 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

5 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

20. 관절통증주사치료비(급여, 1일1회한, 연간5회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 관절통증주사치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해가 발생하거나 "근골격계통 및 결합조직의 질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원중에 "관절통증주사치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 관절통증주사치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해가 발생하거나 "근골격계통 및 결합조직의 질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "관절통증주사치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 관절통증주사치료(급여)"라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 관절통증주사치료비는 "입원 관절통증주사치료(급여)" 횟수와 "통원 관절통증주사치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 5회를 한도로 지급합니다.

③ 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 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 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("근골격계통 및 결합조직의 질환"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "근골격계통 및 결합조직의 질환"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표66】(근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "근골격계통 및 결합조직의 질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("관절통증주사치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "관절통증주사치료(급여)"라 함은 【별표67】(관절통증주사치료 분류표)에서 정한 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항의 "관절통증주사치료(급여)"는 골격계통 및 결합조직의 질환자체, 골격계통 및 결합조직의 질환 치료 또는 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 "의사"에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제4장 비용손해 관련 특별약관

제4장 비용손해 관련 특별약관

비용손해 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 홀인원비용손해

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 보험수익자에게 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 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 회원제골프장 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 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 특별약관에서 "홀인원(Hole in One)"이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.
4 이 특별약관에서 "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 포함합니다)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)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 공동 서명·날인이 있어야 합니다)
3. 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

2. 알바트로스비용손해

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 보험수익자에게 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 회원제골프장 및 정규 대중골프장을 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 포함합니다)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)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 공동서명 · 날인이 있어야 합니다)
3. 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 알바트로스비용을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

3. 민사소송법률비용손해

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 부호 문자에 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.

용 어	정 의
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. 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

부 가 설 명	
· **핵연료물질** : 사용된 연료를 포함합니다.	
· **핵연료물질에 의하여 오염된 물질** : 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.	

용 어	정 의
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 보험수익자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사비용(【별표59】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액(【별표60】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원의 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료(【별표61】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

2 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 지체 없이 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 계약자적립액 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 제1절 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 제1절 일반조항 제35조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 보통약관 제1절 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.

용 어 풀 이	해지
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것	

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.

용 어 풀 이	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 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표2】 참조)"에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제11조(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.

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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 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 해약환급금을 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 관련 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제3조(보험금의 지급사유), 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

4. 행정소송법률비용손해

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 부호 문자에 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.

용 어	정 의
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.(민사소송법주)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. 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

부 가 설 명	
· **핵연료물질** : 사용된 연료를 포함합니다.	
· **핵연료물질에 의하여 오염된 물질** : 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.	

용 어	정 의
소의 취하	행정소송법 및 민사소송법[주] 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 항소장 심사권),동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권),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 보험수익자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사비용(【별표59】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액(【별표60】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원의 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료(【별표61】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

[2] 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 지체 없이 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 계약자적립액 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 제1절 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 제1절 일반조항 제35조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 보통약관 제1절 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.

용 어 풀 이	해지
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것	

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.

용 어 풀 이	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 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표2】 참조)"에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제11조(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.

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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 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 해약환급금을 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 관련 일반조항을 따릅니다.

② 비용손해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제3조(보험금의 지급사유), 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

5. 의료사고법률비용

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등. 한방병원 또는 한의원을 포함. 이하 같습니다)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상합니다.

③ 제1항의 "의료사고"라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 계약자나 피보험자의 고의
2. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
3. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(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 회사는 이 계약에 의한 보상책임액에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제5장 재물손해 관련 특별약관

제5장 재물손해 관련 특별약관

재물손해 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 재물손해를 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 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 배상책임의 경우 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제3조(보험금의 지급절차)
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(【별표2】 참조)"에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제4조(손해방지의무)
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.

제5조(대위권)
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 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.
⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 "임차인 등")에 대한 것으로, 임차인등이 보험료를 납부하는 경우 임차인등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인등 및 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

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.

관 련 법 규	상법

· 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하 여 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.

· 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제9조(계약 후 알릴 의무)

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

1. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 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 계약자적립액 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.

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 제1절 일반조항 제35조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

7 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(각 특별약관)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례

발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

용 어 풀 이	해지
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것	

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, 승낙한 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 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 의무보험 계약. 단, 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에는 철회할 수 있습니다.
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

용 어 풀 이	

· **전문금융소비자**
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 "금융소비자보호에 관한 법률" 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

· **일반금융소비자**
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

관 련 법 규	금융소비자보호에 관한 법률

제46조(청약의 철회) ① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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.

용 어 풀 이	보험계약대출이율
계약자는 해당 계약의 해약환급금 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.	

제14조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 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.

3 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 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자, 피보험자가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용 어 풀 이	통신판매계약
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.	

용 어 풀 이	자필서명
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.	

제15조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특별약관이 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.

용 어 풀 이	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.

용 어 풀 이	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. 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

제18조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 타인을 위한 계약의 경우 회사는 계약자의 해약환급금 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 제1절 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 명의 변경 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.

용 어 풀 이	
· 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 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.	

제19조(특별약관의 해지)

1 계약자는 특별약관이 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 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 제1항 및 제2항의 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

제19조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는 "금융소비자 보호에 관한 법률" 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다. 다만, 의무보험의 해지를 요구하려는 경우에는 동종의 다른 의무보험에 가입되어 있어야 합니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하

며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 반환하여 드립니다.

5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

용 어 풀 이	위법계약
위법계약이라 함은「금융소비자보호에 관한 법률」제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.	

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 보험금을 지급받을 목적으로 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 제1절 일반조항 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조(준용규정)

재물손해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 재물손해 관련 일반조항에서는 보통약관 제1절 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), 제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1. 골프용품손해

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

관 련 법 규	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 도난 손해 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 들어 있는 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 이 계약과 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 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 달리 하는 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

3. 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 상법 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.
4. 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 상법 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 재물손해 관련 일반조항을 따릅니다.

특별약관

제6장 배상책임 관련 특별약관

제6장 배상책임 관련 특별약관

배상책임 관련 일반조항

제1조(목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 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 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 배상책임의 경우 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제3조(보험금의 지급절차)

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 "지급기일"이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표2】 참조)"에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 피보험자가 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제4조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 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)

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.

관 련 법 규	상법

· 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하 여 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.

· 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제9조(계약 후 알릴 의무)

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 계약자적립액 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 제1절 일반조항 제35조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 보통약관 제1절 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.

용 어 풀 이	해지
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것	

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, 승낙한 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 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 의무보험 계약. 단, 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에는 철회할 수 있습니다.
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

용 어 풀 이	

· **전문금융소비자**

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 "금융소비자보호에 관한 법률" 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

· **일반금융소비자**

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

관 련 법 규	금융소비자보호에 관한 법률

제46조(청약의 철회) ① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중

전화를 이용하여 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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.

제14조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다.

만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 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.

3 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 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자, 피보험자가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용 어 풀 이	통신판매계약
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.	

용 어 풀 이	자필서명
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.	

용 어 풀 이	약관의 중요한 내용
금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)등에서 정한 다음의 내용을 말합니다. · 위험보장사항 및 각각의 보험료 · 청약의 철회에 관한 사항(기한 · 행사방법 · 효과 등) · 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건 · 고지의무 및 통지의무 위반의 효과 · 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 · 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함) · 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항 · 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건 · 저축성 보험계약의 공시이율 · 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항 · 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항	

관 련 법 규	전자서명법 제2조(정의)

"전자서명" 이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

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.

용 어 풀 이	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

용 어 풀 이	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 해약환급금 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 제1절 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 명의 변경 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.

용 어 풀 이	

· 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 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 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 해약환급금을 지급합니다.

제19조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 "금융소비자 보호에 관한 법률" 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다. 다만, 의무보험의 해지를 요구하려는 경우에는 동종의 다른 의무보험에 가입되어 있어야 합니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 반환하여 드립니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

용 어 풀 이	위법계약

위법계약이라 함은「금융소비자보호에 관한 법률」제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

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 보험금을 지급받을 목적으로 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 제1절 일반조항 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조(준용규정)

배상책임 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 배상책임 관련 일반조항에서는 보통약관 제1절 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.

1. 가족일상생활중배상책임III【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보상하는 손해의 범위)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   - 가. 피보험자가 배상책임 관련 일반조항 제4조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   - 나. 피보험자가 배상책임 관련 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 않습니다.
   - 마. 피보험자가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하"피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하"배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

③ 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

관 련 법 규	민법
· 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자	

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 아래에 열거한 사고로 타인의 신체에 장해(이하 "대인사고"라 합니다) 또는 재물의 손해(이하 "대물사고"라 합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 "배상책임손해"라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 살고있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)에 인하는 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한합니다.

② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

③ 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

④ 제1항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

① 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. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
6. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

부 가 설 명	

· **핵연료물질** : 사용된 연료를 포함합니다.
· **핵연료물질에 의하여 오염된 물질** : 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

2 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것(자전거 등)은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임

용 어 풀 이	차량

자동차관리법 및 도로교통법에서 정한 '자동차', '이륜자동차' 및 '원동기장치자전거'를 말합니다.
※ 세그웨이류, 전동킥보드, 전동이륜평행차 등은 자동차관리법에서 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다. 또한 도로교통법에서 정한 개인형이동장치(시속25킬로미터 미만의 속도제한 및 중량 30킬로그램 미만) 역시 원동기장치자전거에 해당됩니다.

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 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항의 제1호 및 제2호 "다"목 또는 "라"목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

1 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권에 기재된 보상한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다. 다만, 자기부담금은 누수사고와 누수이외의 사고에 따라 다를 수 있습니다.
2. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제2호의 "가"목, "나"목 또는 "마"목의 비용 : 비용의 전액을 보상
3. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제2호의 "다"목 또는 "라"목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권에 기재된 보상한도액내에서 보상

2 제1항 제1호의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

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 보험

으로써 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)

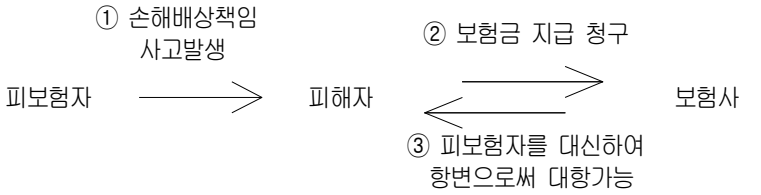
1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

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.

예 시	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 피해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 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.

용 어 풀 이	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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 자동갱신)

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.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 배상책임 관련 일반조항을 따릅니다.

※ 배상책임 관련 용어의 정의

용 어	정 의
신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. 1)물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해 2)물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해 3)물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사 고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로 써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 법률상의 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.

특별약관

제7장 기타 특별약관

제7장 기타 특별약관

1. 강력범죄피해보장

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 보험수익자에게 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. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(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

용 어 풀 이	고용관계
피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.	

제4조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제1절 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 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제37조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제8장 간병인 입원일당 관련 독립특별약관

제8장 간병인 입원일당 관련 독립특별약관

무배당 간병인지원 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】특별약관

제1절 일반조항

제 1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 "보통약관"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 보통약관이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 보통약관을 일반조항을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

용 어	정 의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 및 보상 관련 용어

용 어	정 의
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.
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.
한국표준질병·사인분류	제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 판단합니다. • 대상 질병(상병) 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상 질병(상병) 분류에 포함합니다. • 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다. • 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병)에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병(상병)분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	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

용 어	정 의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. 원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때 - 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원 - 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
이미 납입한 보험료	계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

관 련 법 규	(대통령령 제31930호) 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조

제2조(공휴일)
관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)

관 련 법 규	(대통령령 제31930호) 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조

9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절 특별약관의 보장을 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제2절 특별약관의 보장을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병 · 사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

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 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카 이다이빙, 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. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제8조(보험금의 지급절차)
① 회사는 제7조(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 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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 보

험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

용 어 풀 이	분쟁조정 신청
분쟁조정 신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.	

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.

용 어 풀 이	가지급보험금
보험금 지급이 늦어지는 경우 회사가 지급할 것으로 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 보험금 가지급제도에 따라 먼저 지급하는 보험금을 말합니다.	

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때 (제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표1】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 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.

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

제9조(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 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

예 시	보험금을 나누어 지급받을 경우

예) 보험금: 6천만원, 보험금 지급일자: 2024년 4월 10일 일때 보험금을 일시에 받지않고 3년 동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급 금액
2024년 4월 10일	2천만원
2025년 4월 10일	2천만원 X (1+ 평균공시이율)
2026년 4월 10일	2천만원 X $(1+ 평균공시이율)^2$

※ 평균공시이율이란 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.(금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다)

제10조(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.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)

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

2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 특별약관에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

예 시	계약자가 2명 이상인 경우

계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

· 연대

2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(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 알릴 의무"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.

관 련 법 규	상법

· 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하 여 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.

· 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

관 련 법 규	의료법

· 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

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

부 가 설 명	직업 또는 직무

· 직업

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일을 말합니다.
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말합니다.
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

· 직무

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일을 말합니다.

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

부 가 설 명	위험변경에 따른 계약 변경 절차

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

3 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

4 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

예 시	비례 보상 예시

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

·상해사망 가입금액 : 1억원
·상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5
→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

유 의 사 항	

계약자 또는 피보험자는 상해보험계약을 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 알려야 합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 유의사항 관련 예시: A씨(피보험자)는 일반 사무직으로 근무하던 중 상해보험을 가입하고 몇 년 후 물품배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 고의 또는 중대한 과실로 보험회사에 알리지 않았고, 물품 배달 업무 중 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적게 지급되었습니다.

용 어 풀 이	중대한 과실

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을때

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 특별약관을 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 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

유 의 사 항	

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

용 어 풀 이	해지

현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

제16조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스병(HIV) 감염의 진단확정을 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

제17조(특별약관의 성립)

① 이 특별약관은 주된 보험계약(보통약관을 말하며, 보통약관에 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보통약관의 보장개시일 이후에 이 특별약관을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 보통약관에 부가하여 이 특별약관을 체결할 수 있습니다.

③ 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.

④ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

⑤ 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.

용 어 풀 이	

· 보험가입금액 제한

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

· 일부보장 제외

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

· 보험금 삭감

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

· 보험료 할증

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

제18조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

용 어 풀 이	

· 전문금융소비자

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 "금융소비자보호에 관한 법률" 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

· 일반금융소비자

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

관 련 법 규	금융소비자보호에 관한 법률

제46조(청약의 철회) ① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 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.

3 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 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성 녹음 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

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게

돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용 어 풀 이	통신판매계약
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.	

용 어 풀 이	자필서명
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.	

용 어 풀 이	약관의 중요한 내용
금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)등에서 정한 다음의 내용을 말합니다. · 위험보장사항 및 각각의 보험료 · 청약의 철회에 관한 사항(기한 · 행사방법 · 효과 등) · 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건 · 고지의무 및 통지의무 위반의 효과 · 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 · 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함) · 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항 · 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건 · 저축성 보험계약의 공시이율 · 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항 · 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항	

관 련 법 규	전자서명법 제2조(정의)
"전자서명" 이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실	

제20조(특별약관의 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 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 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.

용 어 풀 이	
· 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.	

제21조(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 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.

부 가 설 명	

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 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 보험수익자의 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 계약자적립액 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(해약)환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

용 어 풀 이	감액

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)

용 어 풀 이	계약자적립액

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제22조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(특별약관의 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 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 여기서 "신분증"이란 주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증을 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

예 시	

· 보험나이 계산

생년월일 : 1994년 10월 2일, 현재(계약일) : 2024년 4월 13일

⇒ 2024년 4월 13일 - 1994년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 30세

· 계약해당일 계산

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

계약일: 2024년 10월 1일 => 계약해당일: 10월 1일

계약일: 2028년 2월 29일 => 계약해당일: 2월 말일

제23조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

부 가 설 명	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.

부 가 설 명	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.

관 련 법 규	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.

제24조(특별약관의 자동갱신)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료를 정상적으로 납입완료한 경우에 한하여 이 특별약관을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)

2 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 갱신시점에서 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 그 잔여보험기간을 보험기간으로 하고 납입기간은 전기납으로 합니다.

예 시	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.

4 회사는 갱신계약에 대하여 보험증권에 그 내용을 기재해 드립니다.

5 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.

제25조(자동갱신 적용)

1 회사는 제24조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 최초계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다.

2 회사는 갱신계약에 대하여 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 갱신일 현재의 변경된 보험료를 적용하며, 보험요율에 관한 제도의 변경에 따라 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"가 변경된 경우 갱신일 현재의 제도를 적용합니다. 갱신시 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

3 회사는 제24조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제2항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.

예 시	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
:	:	:	:	:	:	

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 책임 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 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

용 어 풀 이	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. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(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.

제27조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제24조(특별약관의 자동갱신)에 의해 계약이 자동 갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 제30조(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 계약은 해지된 것으로 봅니다.

3 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

용 어 풀 이	납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 보험료의 납입을 재촉하는 것을 말합니다.	

제28조(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.

용 어 풀 이	납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.	

제29조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제30조(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 제37조(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 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제36조(해약환급금) 제1항

에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

용 어 풀 이	자동대출납입
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.	

제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 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 알려 드립니다. 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 해약환급금에서 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 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 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 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용 어 풀 이	납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 보험료의 납입을 재촉하는 것을 말합니다.	

제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(특별약관의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용 어 풀 이	부활
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일	

제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해약환급금 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 제21조(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 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

용 어 풀 이	

· 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 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제20조(특별약관의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는 "금융소비자 보호에 관한 법률" 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

용 어 풀 이	위법계약
위법계약이라 함은「금융소비자보호에 관한 법률」제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.	

제34조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 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 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제35조(회사의 파산선고와 해지)

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

2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다.

2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표1】 참조)에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 제33조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제37조(보험계약대출)

1 계약자는 이 특별약관의 해약환급금 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, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 지정대리청구에 관한 사항

제39조(적용대상)

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

제40조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 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. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본

5. 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)

1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 "금융소비자보호에 관한 법률" 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제45조(관할법원)

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

제46조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

부 가 설 명	소멸시효
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2024년 9월 1일에 발생하였음에도 2027년 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.

용 어 풀 이	신의성실의 원칙
신의성실의 원칙이라 함은 계약관계의 당사자는 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야 한다는 원칙을 말합니다.(「민법」 제2조 제1항)	

관 련 법 규	민법 제2조(신의성실) 제1항
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.	

제48조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

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

용 어 풀 이	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.

용 어 풀 이	현저하게 공정을 잃은 합의
사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.	

제50조(개인정보보호)

1 회사는 이 특별약관과 관련된 개인정보를 이 특별약관의 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 특별약관의 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.

관 련 법 규	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	

관 련 법 규	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
· 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 회사가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우 다음 각 호 중 하나의 방식으로 미리 동의를 얻어야 한다. 1. 서면 2.「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다) 3. 유무선통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식 4. 유무선통신으로 동의 내용을 알리고 동의를 받는 방법 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식 · 제33조(개인신용정보의 이용) 제2항 회사가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하는 경우 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.	

제51조(준거법)

이 특별약관은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 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.

용 어 풀 이	예금자보호제도
예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 보험계약자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.	

제2절 특별약관의 보장

1. 간병인지원 상해입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

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 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 상해입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원을 신청하였음에도 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 간병인 사용비용이 발생하였을 때 보험수익자에게 제5항에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용상해입원일당으로 제1항의 상해입원일당에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 또는 간병인지원비용을 지급하지 않습니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

4 제2항의 간병인이라 함은 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자로서, 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

5 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인지원비용을 지급하지 않고 상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

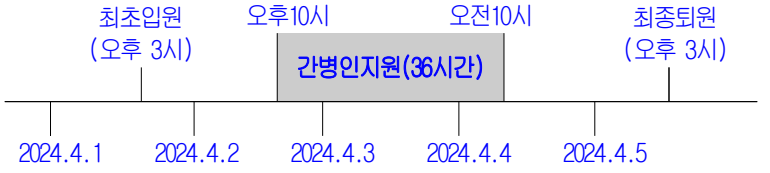
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당의 지급일수와 간병인의 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 간호 · 간병통합서비스사용상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간미만으로 사용한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 지급합니다.

예 시1	상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수

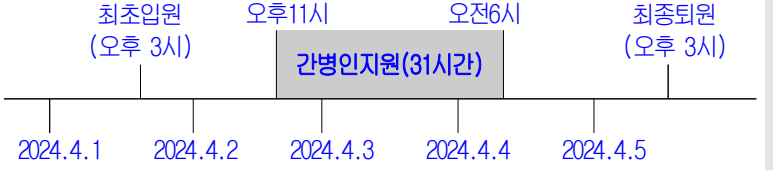
· 최초입원일시: 2024년 4월 1일 오후 3시
· **간병인 사용시간:** 1일 12시간 (36시간)



→ **총 입원일수 : 5일 (2024.4.1 ~ 2024.4.5)**
간병인 사용일수 : 2일 (24시간 + 12시간)
상해입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

예 시2	상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수

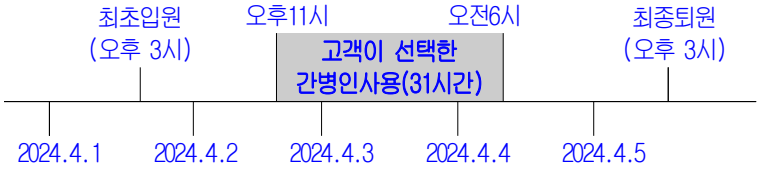
· 최초입원일시: 2024년 4월 1일 오후 3시
· **회사가 지원한 간병인 사용시간:** 1일 7시간 (31시간)



→ **총 입원일수 : 5일 (2024.4.1 ~ 2024.4.5.)**
간병인 사용일수 : 2일 (24시간 + 7시간)
상해입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

예 시3	상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수

· 최초입원일시: 2024년 4월 1일 오후 3시
· **고객이 선택하여 사용한 간병인 사용시간:** 1일 7시간 (31시간)

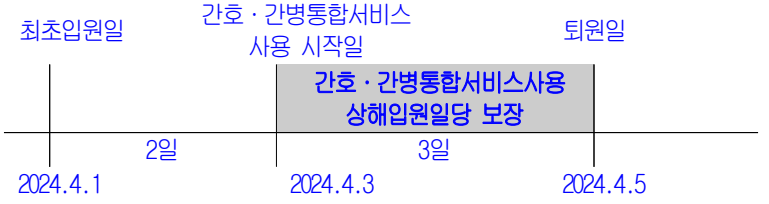


→ **총 입원일수 : 5일 (2024.4.1 ~ 2024.4.5.)**
간병인 사용일수 : 1일 (24시간 + 7시간)
상해입원일당 지급일수 : 5일 - 1일 = 4일

4 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 간병인 또는 간병인지원비용을 보장합니다.

5 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스사용상해입원일당을 지급합니다.

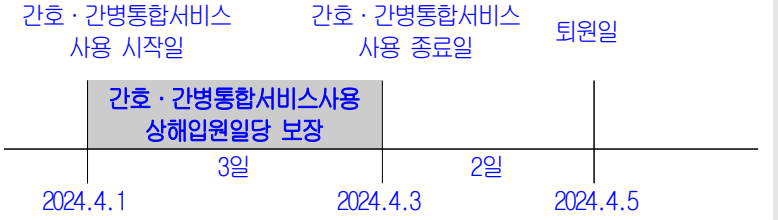
예 시	간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우



→ **총 입원일수 : 5일 (2024.4.1 ~ 2024.4.5.)**
간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
간호·간병통합서비스사용상해입원일당 지급일수 : 3일
상해입원일당 지급일수 : 5일

6 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스사용상해입원일당을 지급하지 않습니다.

예 시	간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우



→ **총 입원일수 : 5일 (2024.4.1 ~ 2024.4.5.)**
간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
간호·간병통합서비스사용 상해입원일당 지급일수 : 3일
상해입원일당 지급일수 : 5일

7 피보험자가 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

8 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

9 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

10 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당 및 간호·간병통합서비스사용상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.

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 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 내지 제2항에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 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 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

2 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시, 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)을 추가로 제출해야 합니다.
다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

3 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호 · 간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

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

관 련 법 규	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 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

제1절 일반조항 제23조(특별약관의 소멸) 및 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 제1절 일반조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 "2. 상해입원일당(1일이상)II(전환용)【갱신계약】"으로 변경하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 상해입원일당(1일이상)II(전환용)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 "1. 간병인지원 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】" 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 전환하는 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(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 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(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 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상해입원일당을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 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 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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제2조(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 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

별표

별표1 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보장보험금	지급기일의 다음날부터 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%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다. 단, 제1절 일반조항 제46조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(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.

특별약관

제9장 제도성 특별약관

제9장 제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(보통약관 및 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다, 이하 "보험계약"이라 합니다)를 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절 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 활동과 출퇴근용도 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 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않거나 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하거나 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 "원동기장치자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)"를 포함합니다. 다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.

용 어 풀 이	
퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동킥보드, 전동이륜평행차 등)는 자동차관리법에 정한 "이륜자동차", 도로교통법에 정한 "원동기장치자전거"에 포함됩니다.	

3 제2항에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

4 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)변경시 변경된 내용을 적용합니다.

5 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 제1절 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

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 자격증을 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 해약환급금이 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. 지정대리청구인의 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

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. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 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 사실조회에 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(【별표2】 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. 보험료 자동납입

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.

가. 초회보험료자동납입 추가

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 제1절 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.

4. 보장특약 자동갱신(추가납입형)

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 갱신전 보장특약의 보험기간으로 합니다. 다만, 이 특별약관의 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 남은 기간이 갱신전 보험기간보다 작을 경우에는 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간을 보험기간으로 합니다.

예 시	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 제1절 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.

예 시	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.

예 시	40세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우					
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 제1절 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 제1절 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 다음 날 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 제1절 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 제1절 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제)는 제외합니다.

5. 전자서명

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 전자서명으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)
① 계약자가 원하는 방법에 따라 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 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) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소(이하 "전자적 주소"라 합니다.)를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 지정한 전자적 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자적 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않는 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자적 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자적 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 장애인전용보험전환

제1조(적용범위)
① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

관 련 법 규	소득세법

· 소득세법 제59조의 4(특별세액공제)
근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

· 소득세법 시행령 제118조의 4(보험료의 세액공제)
① 소득세법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험, 공제로서 보험, 공제 계약 또는 보험료, 공제료 납입영수증에 장애인전용 보험, 공제로 표시된 보험, 공제의 보험료, 공제료를 말한다.
② 소득세법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험, 보증, 공제의 보험료, 보증료, 공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재, 도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. "수산업협동조합법", "신용협동조합법" 또는 "새마을금고법"에 따른 공제
5. "군인공제회법", "한국교직원공제회법", "대한지방행정공제회법", "경찰공제회법" 및 "대한소방공제회법"에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

· 소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

관 련 법 규	소득세법

· 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인

1. "장애인복지법"에 따른 장애인 및 "장애아동 복지지원법"에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. "국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률"에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

· 소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)

영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 "장애아동복지지원법" 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

예 시	이 특별약관을 적용할 수 없는 사례

· 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

2 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

3 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

4 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

1 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 "소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본"(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

3 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

4 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

1 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

2 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상

계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

예 시	특별세액공제 대상 기간 예시
2024년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2024년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2024년 1월 15일~ 2024년 5월 31일)에 납입된 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2024년6월1일~2024년12월31일) 납입된 보험료만 2024년 특별세액공제 대상이 됩니다.	

3 제2항에도 불구하고, "전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 해당 연도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우"에는 해당 연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 단, 제2조(제출서류)제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

예 시	특별세액공제 대상 기간 예시
2024년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2024년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2024년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.	

4 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 단, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

2 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

별표

별표1	장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해' 라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 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 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

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·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 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.

2 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 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 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 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해' 라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) '뚜렷한 시야 장해' 라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때' 라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) '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.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 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.
12) '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 장해평가방법 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
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때' 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) '심한 장해를 남긴 때' 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) '약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증

이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
   가) 뇌영상검사(CT, MRI)
   나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1㎝ 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2㎝ 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손' 이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철

(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 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(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

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.

4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.

5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5㎝ 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 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㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 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
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

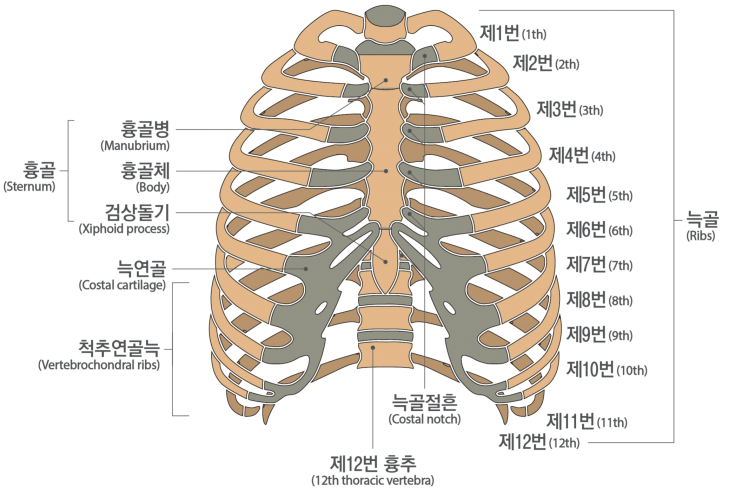
1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝이상 분리된 부정유합 상태
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

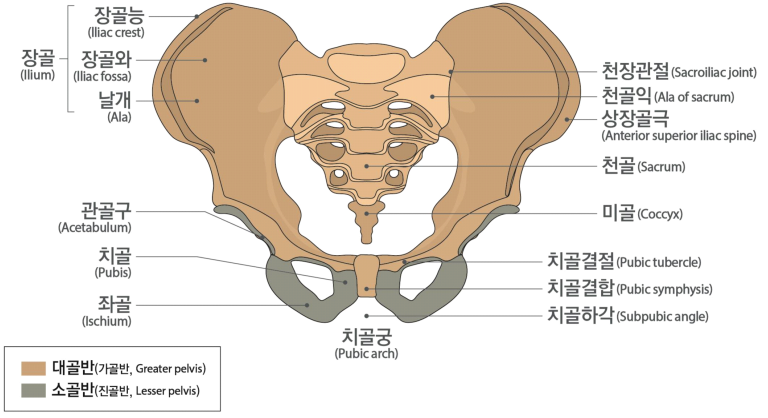
3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

부 가 설 명	가슴뼈



부 가 설 명	골반뼈



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 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 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) '가관절[주)]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) '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) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 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 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]'이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

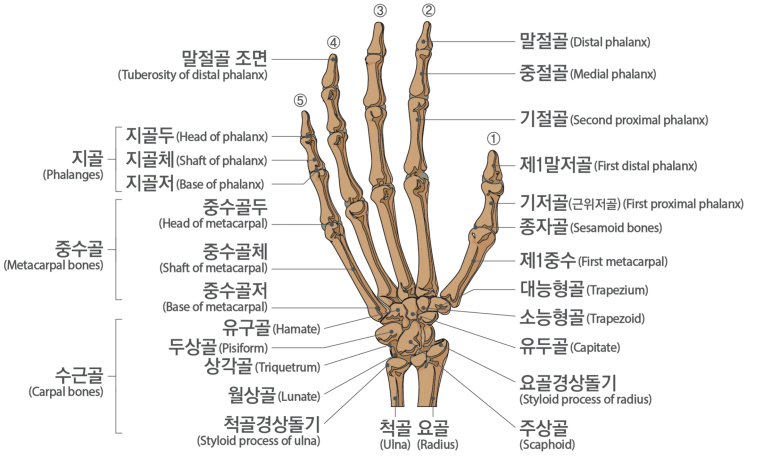
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때 (손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

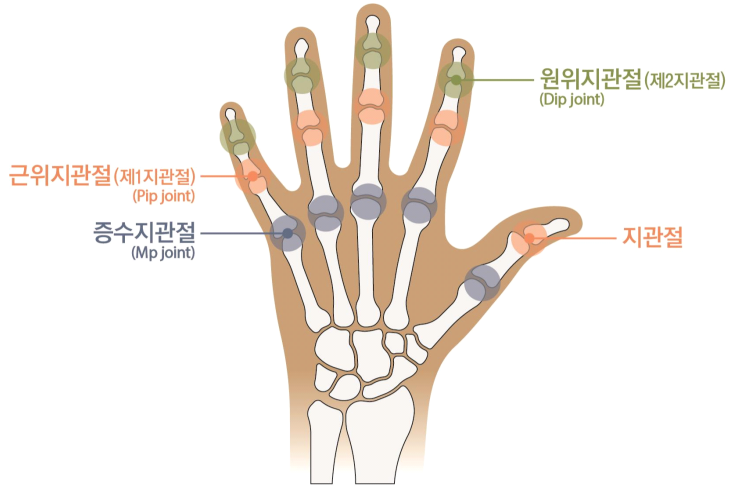
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

부 가 설 명	손가락



부 가 설 명	손가락



11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때 (발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

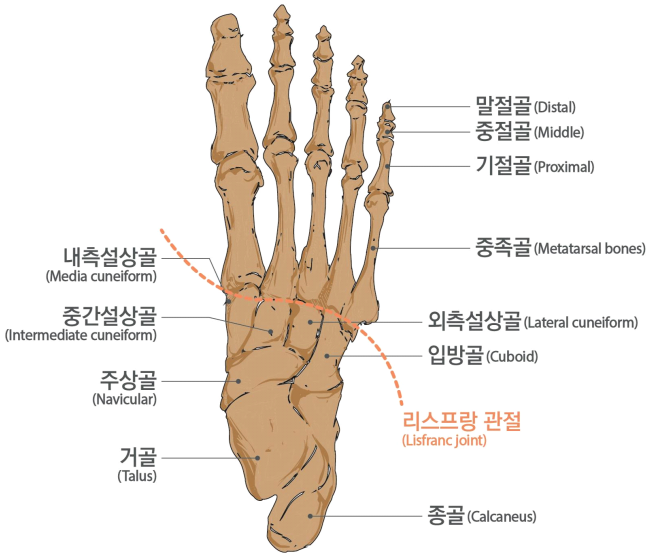
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때' 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때' 라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영

역의 1/20이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/20이하로 제한된 경우를 말한다.

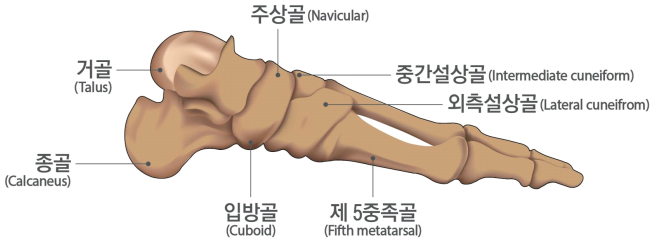
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

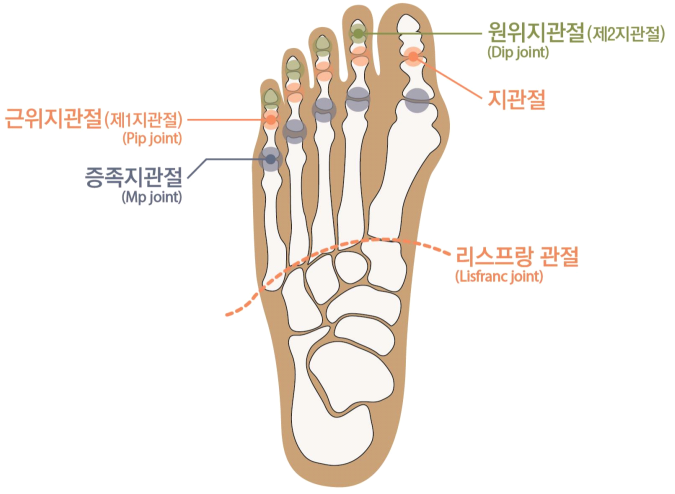
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

부 가 설 명	발가락



부 가 설 명	발가락





12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 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 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "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.

나) 위 가)의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'[주)] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시

「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) "뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "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.

라) "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "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

유형	제한 정도	지급률
이동동작	1) 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40%
	2) 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30%
	3) 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	4) 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
음식물 섭취	1) 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20%
	2) 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15%
	3) 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	4) 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5%
배변 · 배뇨	1) 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20%
	2) 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태	15%
	3) 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	4) 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5%
목욕	1) 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10%
	2) 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5%
	3) 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행 가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태	3%
옷 입고 벗기	1) 상 · 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	10%
	2) 상 · 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5%
	3) 상 · 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태	3%

별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보장보험금	지급기일의 다음날부터 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 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 공시이율의 40%
	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 일자 계산합니다. 단, 보통약관 제1절 일반조항 제46조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 보통약관 제1절 일반조항 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.

별표3 통합상해분류표

1 약관에서 규정하는 통합상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합상해 해당 여부를 판단합니다.

구분	부위	대상이 되는 항목	분류번호
경증	머리 및 목	머리의 표재성 손상	S00
		머리의 열린상처	S01
		머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
		머리의 기타 및 상세불명의 손상	S09
		목의 표재성 손상	S10
		목의 열린상처	S11
		목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
		목의 기타 및 상세불명의 손상	S19
	몸통	흉부의 표재성 손상	S20
		흉부의 열린상처	S21
		흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
		기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
		흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
		복부, 아래등 및 골반의 표재성 손상	S30
		복부, 아래등 및 골반의 열린상처	S31
		요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
		복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상	S39
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 표재성 손상	S40
		어깨 및 위팔의 열린상처	S41
		견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
		어깨 및 위팔의 기타 및 상세불명의 손상	S49
	아래팔	아래팔의 표재성 손상	S50
		아래팔의 열린상처	S51
		팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
		아래팔의 기타 및 상세불명의 손상	S59

경증	손목 및 손	손목 및 손의 표재성 손상	S60
		손목 및 손의 열린상처	S61
		손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
		손목 및 손의 기타 및 상세불명의 손상	S69
	엉덩이 및 대퇴	엉덩이 및 대퇴의 표재성 손상	S70
		엉덩이 및 대퇴의 열린상처	S71
		고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
		엉덩이 및 대퇴의 기타 및 상세불명의 손상	S79
	아래다리	아래다리의 표재성 손상	S80
		아래다리의 열린상처	S81
		무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
		아래다리의 기타 및 상세불명의 손상	S89
	발목 및 발	발목 및 발의 표재성 손상	S90
		발목 및 발의 열린상처	S91
		발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
		발목 및 발의 기타 및 상세불명의 손상	S99
	기타	상해 여러 신체부위를 침범한 표재성 손상	T00
		여러 신체부위를 침범한 열린상처	T01
		여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
		달리 분류되지 않은 여러 신체부위를 침범한 기타 손상	T06
		상세불명의 다발손상	T07
		척추 및 몸통의 상세불명 부위의 기타 손상	T09
		팔의 상세불명 부위의 기타 손상	T11
		다리의 상세불명 부위의 기타 손상	T13
		상세불명의 신체부위의 손상	T14
		머리 및 목의 화상 및 부식	T20
		몸통의 화상 및 부식	T21
		손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
		손목 및 손의 화상 및 부식	T23
		발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
		발목 및 발의 화상 및 부식	T25

경증	기타	눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
		기도의 화상 및 부식	T27
		기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
		여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
		상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
		포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
		포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
		표재성 동상	T33
		조직괴사를 동반한 동상	T34
		여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
중등증	머리 및 목	두개골 및 안면골의 골절	S02
		뇌신경의 손상	S04
		눈 및 안와의 손상	S05
		두개내손상	S06
		목의 골절	S12
		목부위의 혈관의 손상	S15
		목부위의 근육 및 힘줄의 손상	S16
	몸통	늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
		흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
		흉부 혈관의 손상	S25
		요추 및 골반의 골절	S32
		복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
		복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
		복강내기관의 손상	S36
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 골절	S42
		어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
		어깨 및 위팔 부위의 혈관의 손상	S45
		어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
	아래팔	아래팔의 골절	S52
		아래팔 부위의 신경의 손상	S54
		아래팔 부위의 혈관의 손상	S55
		아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56

중등증	손목 및 손	손목 및 손부위의 골절	S62
		손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
		손목 및 손 부위의 혈관의 손상	S65
		손목 및 손 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S66
	엉덩이 및 대퇴	대퇴골의 골절	S72
		엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
		엉덩이 및 대퇴 부위의 혈관의 손상	S75
		엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S76
	아래다리	발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
		아래다리 부위의 신경손상	S84
		아래다리 부위의 혈관의 손상	S85
		아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S86
	발목 및 발	발목을 제외한 발의 골절	S92
		발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
		발목 및 발 부위의 혈관의 손상	S95
		발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S96
	기타	여러 신체부위를 침범한 골절	T02
		척추의 상세불명 부위의 골절	T08
		팔의 상세불명 부위의 골절	T10
		다리의 상세불명 부위의 골절	T12
중증	머리 및 목	머리의 으깸손상	S07
		머리 부분의 외상성 절단	S08
		목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
		목의 으깸손상	S17
		목부위의 외상성 절단	S18
	몸통	심장의 손상	S26
		흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
		비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
		복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
		어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
	아래팔	아래팔의 으깸손상	S57
		아래팔의 외상성 절단	S58
중증	손목 및 손	손목 및 손의 으깸손상	S67
		손목 및 손의 외상성 절단	S68
	엉덩이 및 대퇴	엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
		엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
	아래다리	아래다리의 으깸손상	S87
		아래다리의 외상성 절단	S88
	발목 및 발	발목 및 발의 으깸손상	S97
		발목 및 발의 외상성 절단	S98
	기타	여러 신체부위를 침범한 으깸손상	T04
		여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T05

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 통합상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

[2] 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표4 | 골절분류표 II (치아파절제외)

1 약관에서 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)	S02 (S02.5는 제외)
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표5 | 치아파절 분류표

1 약관에서 규정하는 치아파절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 치아파절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
치아의 파절	S02.5

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 치아파절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표6 골절분류표

1 약관에서 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표7 골절분류표III

1 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)	S02 (S02.5는 제외)
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표8 골절 등급분류기준표 I

1 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 골절부위 중 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 합니다.

· 한국표준질병·사인분류번호별 등급분류

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S020, S027, S029, S064-S067	S122, S127, S129, S141	S281	-	-	T026, T028
2	S028, T020	S120, S121, S128, S140, S142, S143, S146	S220, S224, S225, S323, S324, S325, S328	S423, S424, S427, S429, S480, T022	S720-S723, S727-S729, S780, S781, S789, S822, T023, T025	T027, T029, T142
3	S021, S022, S023, S024, S026, S070, S071, S078, S079, S099	-	S221, S222, S228, S229, S320, S321, S327, T021, T080, T081	S422, S428, S489, S520, S522, S526-S529, S624, T100, T101	S724, S821, S823, S827-S829, T120, T121	-
4	-	S145	S223, S280, S322	S420, S421, S481, S521, S523, S524, S525, S620-S623, S628	S820, S824-S826, S920-S924, S927, S929	-
5	-	S144	-	S625, S626, S627, T024	S925	-

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절등급 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표9 [의료법 시행규칙 별표 4] 의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 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 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 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 병상수로 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), 심전도 기록기,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.

별표10 10대골절분류표

1 약관에 규정하는 10대골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 10대골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
머리	두개골원개의 골절	S02.0
	두개골저의 골절	S02.1
	두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	머리의 으깸손상	S07
목	목의 골절	S12
흉골 및 흉추	흉추의 골절	S22.0
	흉추의 다발골절	S22.1
	흉골의 골절	S22.2
요추	요추 및 골반의 골절	S32
어깨	쇄골의 골절	S42.0
	견갑골의 골절	S42.1
	쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발골절	S42.7
아래팔	아래팔의 다발 골절	S52.7
손목 및 손	손 주상골의 골절	S62.0
	기타 수근골의 골절	S62.1
	중수골의 다발골절	S62.4
	손가락의 다발골절	S62.7
대퇴골	대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리	무릎뼈의 골절	S82.0
	아래다리의 다발골절	S82.7
발목을 제외한 발	거골의 골절	S92.1
	기타 족근골의 골절	S92.2
	발의 다발골절	S92.7

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 10대골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표11 척추골절분류표

1 약관에 규정하는 척추골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 척추골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
목의 골절	S12
흉추의 골절	S22.0
흉추의 다발골절	S22.1
요추 및 골반의 골절	S32
척추의 상세불명 부위의 골절	T08

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 척추골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표12 골절분류표Ⅳ

1 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된

당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표13 골절 등급분류기준표II

1 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 골절부위 중 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 합니다.

· 한국표준질병·사인분류번호별 등급분류

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S020, S027, S029, S064-S067	S122, S127, S129, S141	S281	-	-	T026, T028
2	S028, T020	S120, S121, S128, S140, S142, S143, S146	S220, S224, S225, S323, S324, S325, S328	S423, S424, S427, S429, S480, T022	S720-S723, S727-S729, S780, S781, S789, S822, T023, T025	T027, T029, T142
3	S021, S022, S023, S024, S026, S070, S071, S078, S079, S099	-	S221, S222, S228, S229, S320, S321, S327, T021, T080, T081	S422, S428, S489, S520, S522, S526-S529, S624, T100, T101	S724, S821, S823, S827-S829, T120, T121	-
4	-	S145	S223, S280, S322	S420, S421, S481, S521, S523, S524, S525, S620-S623, S628	S820, S824-S826, S920-S924, S927, S929	-
5	S025	S144	-	S625, S626, S627, T024	S925	-

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상항목 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 등급 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표14 화상분류표

1 약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
머리 및 목의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
몸통의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
손목 및 손의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
발목 및 발의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
기도의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
기타 내부기관의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
상세불명 신체부위의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T32
방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 화상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표15	1~5종수술Ⅱ 분류표

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3

구분	수술명	수술종류
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1

구분	수술명	수술종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3

구분	수술명	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] [시력회복 및 시력개선목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1

구분	수술명	수술 종류
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

2. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 "1. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술" 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

[1~5종수술II 분류표 사용 지침]

1. "수술"이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 "1~5종수술II 분류표"에 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. "수술"은 의료기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, NerveBlock)은 "수술"에서 제외합니다.

2. "관혈(觀血)" 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. "근본(根本)" 혹은 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. "관혈적 악성신생물 근치수술"이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. "1~5종수술II 분류표" 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
: "1~5종수술II 분류표"에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) "1~5종수술II 분류표" 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 "1~5종수술II 분류표" 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 "1~5종수술II 분류표" 중 "1. 일반 질병 및 상해 치료 목적의 수술" 88항 (악성신생물의 경우는 "2. 악성신생물 치료 목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

6. "악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. "두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료"라 함은 정위좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

별표16 | 창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드

약관에 규정하는 "창상봉합술(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 검사를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
창상봉합술 I (급여) (안면/경부)	**창상봉합술**	
	가. 안면 또는 경부	
	(1) 단순봉합	
	(가) 표재성인 것	
	1) 길이 1.5cm 미만	S0021
	2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	S0022
	(2) 변연절제를 포함	
	(가) 표재성인 것	
	1) 길이 1.5cm 미만	SA021
	2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	SA022

창상봉합술II (급여) (안면/경부)	**창상봉합술**	
	가. 안면 또는 경부	
	(1) 단순봉합	
	(가) 표재성인 것	
	3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	S0027
	4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	S0028
	5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	S0029
	주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
	(나) 근육에 달하는것	
	1) 길이 1.5cm 미만	S0031
	2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	S0032
	3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	S0037
	4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	S0038
	5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	S0039
	주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040
	(2) 변연절제를 포함	
	(가) 표재성인 것	
	3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SA027
	4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	SA028
	5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SA029
	주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
	(나) 근육에 달하는것	
	1) 길이 1.5cm 미만	SA031
	2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	SA032
	3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SA037
	4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	SA038
	5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SA039
	주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA040

별표17 **창상봉합술(안면/경부 외) 대상 수가코드**

약관에 규정하는 "창상봉합술(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 검사를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
창상봉합술 I (급여) (안면/경부 외)	**창상봉합술**	
	나. 안면 또는 경부 이외	
	(1) 단순봉합	
	(가) 표재성인 것	
	1) 길이 2.5cm 미만	SB021
	2) 길이 2.5cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SB022
	(2) 변연절제를 포함	
	(가) 표재성인 것	
	1) 길이 2.5cm 미만	SC021
	2) 길이 2.5cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SC022

창상봉합술II (급여) (안면/경부 외)	**창상봉합술**	
	나. 안면 또는 경부 이외	
	(1) 단순봉합	
	(가) 표재성인 것	
	3) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SB029
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10㎝ 증가될때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB030
	(나) 근육에 달하는것	
	1) 길이 2.5㎝ 미만	SB031
	2) 길이 2.5㎝ 이상 ~ 5.0㎝ 미만	SB032
	3) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SB039
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10㎝ 증가될때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB040
	(2) 변연절제를 포함	
	(가) 표재성인 것	
	3) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SC029
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10㎝ 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC030
	(나) 근육에 달하는것	
	1) 길이 2.5㎝ 미만	SC031
	2) 길이 2.5㎝ 이상 ~ 5.0㎝ 미만	SC032
	3) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SC039
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10㎝ 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC040

별표18 중대한 특정상해 분류표

1 약관에서 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중대한 특정상해 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복강내기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중대한 특정상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표19 신경 및 장기손상 분류표

1 약관에 규정하는 신경 및 장기손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 신경 및 장기손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뇌신경의 손상	S04
두개내손상	S06
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
심장의 손상	S26

대상이 되는 항목	분류번호
기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
흉부의 으깸손상 및 흉부부분의 외상성 절단	S28
복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
복강내기관의 손상	S36
비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
아래팔 부위의 신경의 손상	S54
손목 및 손부위의 신경의 손상	S64
엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
아래다리 부위의 신경손상	S84
발목 및 발부위의 신경의 손상	S94
기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2
복부내 및 골반기관을 포함한 흉곽내 기관의 손상	T06.5
척수의 상세불명 부위의 손상	T09.3
몸통의 상세불명의 신경, 척수신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
상세불명의 신체부위의 신경손상	T14.4
절단 잘린 끝의 신경종	T87.3
척수 손상의 후유증	T91.3

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 신경 및 장기손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표20 외모특정상해 분류표

1 약관에 규정하는 외모특정상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외모특정상해 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
머리의 손상	S00-S09
목의 손상	S10-S19
여러 신체부위를 포함하는 손상 중,	
목과 함께 머리를 침범한 표재성 손상	T00.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 표재성 손상	T00.8주)
목과 함께 머리를 침범한 열린 상처	T01.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 열린 상처	T01.8주)
목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8주)
목과 함께 머리를 침범한 탈구,염좌 및 긴장	T03.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구,염좌 및 긴장	T03.8주)
목과 함께 머리를 침범한 으깸손상	T04.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 으깸손상	T04.8주)
화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상) 중,	
머리 및 목의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부손상)	T20
눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부손상)	T26
동상 중,	
머리의 표재성 동상	T33.0
목의 표재성 동상	T33.1
조직괴사를 동반한 머리의 동상	T34.0
조직괴사를 동반한 목의 동상	T34.1

주) 1. 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 사항(T00.8, T01.8, T02.8, T03.8, T04.8)은 얼굴, 머리, 목부위와 다른 부위의 상해가 동일사고로 인하여 중복 발생되는 경우에 한하여 보상됩니다.
2. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
3. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 외모특정상해 해당여부는 피보험자가

진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

4. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표21 척추상해 분류표

1 약관에 규정하는 척추상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 척추상해 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
목의 골절	S12
흉추의 골절	S22.0
흉추의 다발골절	S22.1
요추 및 골반의 골절	S32
목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
흉추간판의 외상성 파열	S23.0
흉추의 탈구	S23.1
흉추의 염좌 및 긴장	S23.3
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
경부척수의 진탕 및 부종	S14.0
경부척수의 기타 및 상세불명의 손상	S14.1
경추 신경근의 손상	S14.2
상완신경총의 손상	S14.3
흉수의 진탕 및 부종	S24.0
흉수의 기타 및 상세불명의 손상	S24.1
흉추 신경근의 손상	S24.2
요수의 진탕 및 부종	S34.0
요수의 기타 손상	S34.1
요추 및 천추의 신경근 손상	S34.2
말총의 손상	S34.3
요천수신경총의 손상	S34.4
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8주)
척추의 상세불명 부위의 골절	T08

주) 1. 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 사항(T03.8)은 척추부위와 다른 부위의 상해가 동일사고로 인하여 중복 발생되는 경우에 한하여 보상됩니다.

2. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상항목 분류에 포함합니다.

3. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 척추상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

4. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표22 3대하지관절상해 분류표

1 약관에 규정하는 3대하지관절상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 3대하지관절상해 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 상병		분류번호
고관절	대퇴골의 골절	S72
	고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
	대퇴사두근의 근육 및 힘줄의 손상	S76.1
	엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
	엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
슬관절	발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
	무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
	아킬레스힘줄의 손상	S86.0
	아래다리의 으깸손상	S87
	아래다리의 외상성 절단	S88
발목 및 발	발목을 제외한 발의 골절	S92
	발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
	발목 및 발의 으깸손상	S97
	발목 및 발의 외상성 절단	S98

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상항목 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 3대하지관절상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표23 뇌·내장손상 분류표

1 약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌·내장손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
뇌손상	1. 두개골 및 안면골의 골절	
	- 두개원개의 골절	S02.0
	- 두개저의 골절	S02.1
	- 안와 바닥의 골절	S02.3
	- 두개골 및 안면골을 침범한 다발 골절	S02.7
	- 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	- 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	2. 두개내손상	
	- 미만성 뇌 손상	S06.2
	- 경막외출혈	S06.4
	- 외상성 경막하출혈	S06.5
	- 외상성 거미막하출혈	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
	- 머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8
	4. 머리 부분의 외상성 절단	
	- 머리의 기타부분의 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
내장손상	1. 심장의 손상	
	- 혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	- 심장의 기타 손상	S26.8
	- 심장의 상세불명 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
	3. 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
	4. 흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
	5. 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
	6. 복강내기관의 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
내장손상	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
	- 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 복강내기관의 손상	S39.6

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌·내장손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표24 무릎인대파열 · 연골손상 분류표

1 약관에 규정하는 무릎인대파열 · 연골손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 무릎인대파열 · 연골손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
외측 측부인대의 파열	S83.42
내측 측부인대의 파열	S83.43
전십자인대의 파열	S83.52
후십자인대의 파열	S83.53
현존 반달연골의 찢김	S83.2
현존 무릎관절 연골의 찢김	S83.3
무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 무릎인대파열 · 연골손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표25 아킬레스힘줄손상 분류표

1 약관에 규정하는 아킬레스힘줄손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 아킬레스힘줄손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
아킬레스힘줄의 손상	S86.0

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 아킬레스힘줄손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표26 이물사고 분류표

1 약관에 규정하는 이물사고로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 이물사고 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
외안의 이물	T15
귀의 이물	T16
기도의 이물	T17
소화관속의 이물	T18
비뇨생식관의 이물	T19

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 이물사고 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표27 특정이물제거치료 분류표

약관에서 규정하는 특정이물제거치료는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
투시하 이물제거술	MY762
투시하 이물제거술(상부소화관이물제거술의경우)[유도료별도산정]	MY763
비내이물제거술-복잡한 것[전신마취하실시 또는 비외 접근시]	00972
후두이물제거술(성문,성문하부)	01292
내시경적기관 또는 기관지이물제거술(연성기관지경)	01332
내시경적기관 또는 기관지이물제거술(경성기관지경)	01333
인두이물제거술(복잡[설근부,하인두등])	Q2272
식도이물제거술(흉부접근)	Q2382
식도이물제거술(경부접근)	Q2383
내시경적 상부소화관이물제거술-단순	Q7611
내시경적 상부소화관이물제거술-복잡	Q7612
결장경하 이물제거술	Q7670
에스상결장경하 이물제거술	Q7720
안구내이물제거술-자석이용	S4891
안구내이물제거술-기타의것	S4892
안와내이물제거술	S4895
결막이물제거술	S4930
각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를하는경우]	S4972
공막이물제거술	S4990

별표28 특정외상성뇌손상 분류표

1 약관에 규정하는 특정외상성뇌손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정외상성뇌손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
미만성 뇌손상	S06.2
초점성 뇌손상	S06.3
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
기타 두개내손상	S06.8
상세불명의 두개내손상	S06.9

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정외상성뇌손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표29 특정외상성뇌출혈 분류표

1 약관에 규정하는 특정외상성뇌출혈로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정외상성뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정외상성뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표30 특정외상성장기손상 분류표

1 약관에 규정하는 특정외상성장기손상로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정외상성장기손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
심장의 손상	S26
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
복강내기관의 손상	S36
비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정외상성장기손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표31	자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상해 내용
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(등골뼈) 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. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 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·괴사상처 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 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해

상해급별	상해 내용
2급	6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 목뼈 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 목뼈고정기(할로베스트)나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행한 상해 11. 넓적다리뼈 윗목부 분쇄 골절, 돌기 아랫부분 분쇄 골절, 관절융기 분쇄 골절, 정강이뼈(경골) 관절융기 분쇄 골절 또는 정강이뼈 먼쪽 관절 내 분쇄 골절 12. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 팔다리 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해 내용
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 7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 어깨관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 11. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 손목 부위 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈 골절(넓적다리뼈머리 골절은 제외한다) 14. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 무릎관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 발목관절의 손상으로 발목뼈의 완전탈구가 동반된 상해 18. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해 내용
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 손상(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)으로 수술을 시행한 상해 8. 위팔뼈목 골절 9. 위팔뼈 몸통 분쇄성 골절 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 노뼈 먼쪽 부위 골절과 자뼈머리 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 자뼈 몸쪽 부위 골절과 노뼈머리 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간 관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 손목뼈 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반뼈 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 19. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 무릎관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상해 내용
4급	23. 목말뼈 또는 발꿈치뼈 골절 24. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 팔다리의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사상처 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 겹보임[복시(複視)]으로 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 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 몸통 또는 하부 몸통의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 위팔뼈 몸통 골절 7. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 노뼈와 자뼈의 몸통 골절이 동반된 상해 9. 노뼈 붓돌기 골절 10. 노뼈 먼쪽부위 관절 내 골절 11. 손목 손배뼈 골절 12. 손목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 넓적다리뼈 또는 몸쪽 정강이뼈의 견열골절 18. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상해 내용
5급	19. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 무릎뼈 골절 21. 발목관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 발목관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 발목뼈 골절(목말뼈 및 발꿈치뼈는 제외한다) 24. 발목발허리(리스프랑)관절 손상 25. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 26. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 6개 이상의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 팔다리의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해 내용
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. 폐타박상(한쪽 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉(혈액가슴증) 또는 기흉(공기가슴증)이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 어깨관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 어깨관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 어깨관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 위팔뼈 대결절 견열 골절 13. 위팔뼈 먼쪽 부위 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 노뼈 몸통 또는 먼쪽 부위 관절외 골절 18. 노뼈목 골절 19. 자뼈 팔꿈치머리 부위 골절 20. 자뼈 몸통 골절(몸쪽 부위 골절은 제외한다) 21. 다발성 손목손허리뼈 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 무릎관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 무릎관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상(반달모양) 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 발목관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 먼쪽 정강이뼈·종아리뼈 분리

상해급별	상해 내용
6급	28. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 3개 이상 5개 이하의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 얼굴 머리뼈 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 얼굴 머리뼈 골절 2. 겁보임을 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골(빗장뼈) 골절 6. 어깨뼈(어깨뼈가시, 어깨뼈몸통, 가슴우리 탈구, 어깨뼈목, 봉우리돌기 및 부리돌기 포함) 골절 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 자뼈 붓돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 13. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 손배뼈 외 손목뼈 골절 15. 손목 부위 손배뼈·반달뼈 사이 인대 파열 16. 손목손허리뼈 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 손허리뼈 골절 18. 손허리손가락관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상해 내용
7급	21. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 종아리뼈 몸통 골절 또는 뼈머리 골절 23. 발목관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 발목관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 발가락의 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. 위턱뼈, 아래턱뼈, 이틀뼈 등의 얼굴 머리뼈 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 갈비뼈 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 가로돌기) 또는 후궁 골절 9. 어깨관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절 내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 손허리뼈 골절 13. 손가락뼈의 몸쪽 손가락뼈 사이 또는 먼쪽 손가락뼈 사이 골절 탈구 14. 다발성 손가락뼈 골절 15. 무지 손허리손가락관절 측부인대 파열 16. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 무릎관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 손발가락뼈 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 팔다리의 근육 또는 힘줄 파열로 하나 또는 두 개의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해

상해급별	상해 내용
8급	21. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 팔다리의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 팔다리의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 팔다리의 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. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 갈비뼈 골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 복장뼈(흉골) 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 손가락뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 손가락관절 탈구 12. 무릎관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 손가락·발가락 폄근힘줄 1개의 파열로 힘줄 봉합술을 시행한 상해 18. 팔다리의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해 내용
10급	1. 3㎝ 이상 얼굴 부위 찢김상처(열상) 2. 안검과 누소관 찢김상처로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 찢김상처로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 어깨관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 손발가락관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 다리 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. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 손가락뼈 골절 또는 손가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 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 얼굴 부위 찢김상처 3. 척추 염좌 4. 팔다리 관절의 근육 또는 힘줄의 단순 염좌 5. 팔다리의 찢김상처로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 팔다리 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 찢김상처로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 갈비뼈 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 내부장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 손발가락 관절 염좌 3. 팔다리의 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: 상해 내용이 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. 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 얼굴 부위는 1등급 상위등급을 적용하고, 손 부위, 발 부위에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.

영역	내 용
머리	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 머리뼈안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 머리뼈 골절(머리뼈 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌 타박상을 말한다. 나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향 조정할 수 있다. 다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다. 라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다. 마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 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 타박상, 찢김상처(열창)는 14급으로 본다. 아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다. 자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 부상 및 질병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심장막액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
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.

영역		내 용
팔·다리	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 팔다리 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 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 명확하게 기록되지 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 분리절단의 경우는 상위부 절단으로 본다. 자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다. 차. 팔다리 근육 또는 힘줄의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근육 또는 힘줄의 단순 염좌(12급)로 본다. 카. 팔다리 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다. 타. 보존적으로 치료한 팔다리 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다. 파. 수술을 시행한 팔다리 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.

영역		내 용
팔·다리	공통	하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다 거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상(선모양) 골절이 아닌 골절선으로 판단한다. 너. 손발가락 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다. 더. "근육(근), 힘줄(건), 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다. 러. 팔다리뼈 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 팔다리뼈 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 개방정복(피부와 근육 절개 후 골절된 뼈를 바로잡는 시술을 말한다)을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다. 머. 팔다리뼈 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다. 버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다. 서. 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 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
팔		가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다. 나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다. 다. 6급의 어깨관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 동시 확인된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다. 라. 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
다리	가. 양측 두덩뼈가지(치골지) 골절, 두덩뼈(치골) 위아래 가지 골절 등에서는 병급하지 않는다. 나. 엉치뼈 골절, 꼬리뼈 골절은 골반뼈 골절로 본다. 다. 무릎관절 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 발목관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다. 마. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈·종아리뼈의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다. 바. 정강이뼈 후과의 단독 골절 시 발목관절 내과 또는 외과의 골절로 본다. 사. 엉덩관절이란 넓적다리뼈머리와 골반뼈의 비구를 포함하며, "골절탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다. 아. 불안정성 골반 골절은 골반고리를 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다. 자. "다리의 3대 관절"이란 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절을 말한다. 차. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다. 카. 골반고리가 안정적인 골반뼈의 수술을 시행한 골절은 두덩뼈 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

별표32 부목치료 대상 분류표

약관에서 규정하는 부목(Splint Cast)치료로 분류되는 의료행위는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
부목-장상지(상완으로부터 수부까지)	T6151
부목-단상지(전완으로부터 수부까지)	T6152
부목-장하지(대퇴로부터 족부까지)	T6153
부목-단상지(하퇴로부터 족부까지)	T6154
부목-수지부	T6155

별표33 골절철심제거 수술 분류표

약관에 규정하는 "골절철심제거술"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
체내고정용금속제거술	
주 : 골에 삽입한 금속편이나 금속정 등을 간단히 제거한 경우 근막절개 하에 실시한 경우에는 770.08점을 산정하고, 근막절개 없이 실시한 경우에는 501.67점을 산정한다.	N0978, N0979
가. 골반골, 대퇴골	N0972
나. 상완골, 견갑골	N0973
다. 전완골, 하퇴골	
(1)요골과 척골중하나, 경골과 비골중 하나	N0977
(2)요척골 동시, 경비골 동시	N0974
라. 쇄골, 슬개골, 수근골, 족근골	N0975
마. 중수골, 중족골, 지골	N0976

별표34 내측상과염 분류표

1 약관에 규정하는 내측상과염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 내측상과염 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
내측상과염	M77.0

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상항목 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 내측상과염 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표35 외측상과염 분류표

1 약관에 규정하는 외측상과염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외측상과염 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
외측상과염	M77.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상항목 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 외측상과염 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병 분

류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표36 추간판장애 분류표

1 약관에 규정하는 추간판장애로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 추간판장애 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
경추간판장애	M50
기타 추간판장애	M51

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상항목 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 추간판장애 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표37 주요팔근육염증 분류표

1 약관에 규정하는 주요팔근육염증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 주요팔근육염증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
손 및 손목의 만성 염발음윤활막염	M70.0
손의 윤활낭염	M70.1
주두 윤활낭염	M70.2
팔꿈치의 기타 윤활낭염	M70.3
손바닥근막성 섬유종증(뒤퓌트랑)	M72.0
손목의 관절주위염	M77.2

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 주요팔근육염증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표38 주요다리근육염증 분류표

1 약관에 규정하는 주요다리근육염증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 주요다리근육염증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
무릎뼈앞윤활낭염	M70.4
무릎의기타윤활낭염	M70.5
대퇴골돌기윤활낭염	M70.6
경골측부윤활낭염[펠레그리니-스티다]	M76.4
무릎뼈힘줄염	M76.5
아킬레스힘줄염	M76.6
비골힘줄염	M76.7
발을제외한다리의기타골부착부병증	M76.8
상세불명의다리의골부착부병증	M76.9

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 주요다리근육염증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표39 주요관절병 · 척추염 분류표

1 약관에 규정하는 주요관절병 · 척추염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 주요관절병 · 척추염 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
화농성 관절염	M00
달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염	M01
반응성 관절병증	M02
달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
건선성 및 장병성 관절병증	M07
강직척추염	M45

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 주요관절병 · 척추염 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표40 족저근막염 분류표

1 약관에 규정하는 족저근막염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 족저근막염 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
발바닥근막성 섬유종증	M72.2

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 족저근막염 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표41 골다공증 및 특정골절 분류표

1 약관에 규정하는 골다공증 및 특정골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골다공증 및 특정골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
병적 골절을 동반한 골다공증	M80
병적 골절이 없는 골다공증	M81
달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
골연속성의 장애	M84

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 골다공증 및 특정골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표42 척추질병 분류표

1 약관에 규정하는 척추질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 척추질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
척주후만증 및 척주전만증	M40
척주측만증	M41
척추골연골증	M42
기타 변형성 등병증	M43
강직척추염	M45
기타 염증성 척추병증	M46
척추내 농양(고름집) 및 육아종	G06.1
척추증	M47
[G55.2* : 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.-†)]	G55.2*
기타 척추병증	M48
달리 분류된 질환에서의 척추병증	M49
[A18.00† : 척추의 결핵(M49.0*)]	A18.00†
경추간판장애	M50
기타 추간판 장애	M51
[G55.1* : 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(M50-M51†)]	G55.1*
달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
등통증	M54
[G55.3* : 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박(M45-M46†, M48.-†, M53-M54†)]	G55.3*
달리 분류되지 않은 척추후궁절제후 증후군	M96.1
척추후궁절제후 척주후만증	M96.3
(척추)부분탈구복합	M99.1
신경관의 부분탈구성 협착	M99.2
신경관의 골성 협착	M99.3
신경관의 결합조직협착	M99.4
신경관의 추간판협착	M99.5
추간공의 골성 또는 부분탈구성 협착	M99.6
추간공의 결합조직 및 원반 협착	M99.7
척수의 기타 질환	G95
말총증후군(Cauda equina syndrome)	G83.4
척주의 악성 신생물	C41.2
골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 악성 신생물	C41.4
척수의 악성 신생물	C72.0
말총의 악성 신생물	C72.1
척수막의 악성 신생물	C70.1
척수의 양성 신생물	D33.4
척수막의양성신생물	D32.1
골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 양성 신생물	D16.8
척주의 양성 신생물	D16.6
척수의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43.4
척수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42.1

주) 1. 대상질병의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상항목 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 척추질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표43 외상후스트레스장애 분류표

1 약관에 규정하는 외상후스트레스장애로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외상후스트레스장애 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
외상후스트레스장애	F43.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 외상후스트레스장애 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표44 골밀도검사 분류표

약관에서 규정하는 골밀도검사는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
골밀도 검사[재료대포함]	
가. 양방사선(광자) 골밀도 검사	
(1) 1부위	HC341
(2) 2부위 이상	HC342
나. 정량적 전산화단층골밀도검사	
(1) QCT	HC343
(2) PQCT	HC346
다. 방사선흡수측정기 방식	HC345
라. 기타 방법에 의한 것 [단광자 골밀도측정(SPA), 양방사선 말단 골밀도측정(PDEXA), 단에너지 골밀도측정(SXA), 초음파 골밀도측정(QUS)]	HC344

별표45 골다공증 분류표

1 약관에서 규정하는 골다공증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골다공증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
병적 골절을 동반한 골다공증	M80
병적 골절이 없는 골다공증	M81
달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골다공증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한

보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표46 관절증 질환 분류표

1 약관에 규정하는 관절증 질환은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질환을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 관절증 질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
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
무릎관절증	
양쪽 원발성 무릎관절증	M17.0
기타 원발성 무릎관절증	M17.1
양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
기타 외상후 무릎관절증	M17.3

주) 1. 대상질환 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질환 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 관절증 질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질환에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질환 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질환 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표47 지속적신대체요법(CRRT) 분류표

약관에서 규정하는 지속적신대체요법(CRRT)은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
지속적정정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07001
지속적정정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	07002
지속적동정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07003
지속적동정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	07004
지속적정정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07031
지속적정정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	07032
지속적동정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07033
지속적동정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	07034
지속적정정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07051
지속적정정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	07052
지속적동정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07053
지속적동정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	07054

별표48 인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표

약관에서 규정하는 인공호흡기(12시간초과) 치료는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당	M5860
인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당(신생아 중환자실에서 고빈도 진동 호흡모드 이용)	M0860

별표49 저체온요법치료 분류표

약관에서 규정하는 저체온요법치료는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
치료적저체온요법[1일당]	M5970
선택적 두부 저체온 요법	M5990
선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당	M5991

별표50 골절탈구 도수정복술 분류표

약관에서 규정하는 골절탈구 도수정복술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
척추골절 및 탈구의 도수정복술	N0630
사지골절도수정복술[골반골, 대퇴골]	N0641
사지골절도수정복술[상완골, 하퇴골]	N0642
사지골절도수정복술[전완골]	N0643
사지골절도수정복술[수근골, 족근골]	N0644
사지골절도수정복술[중수골, 중족골, 지골]	N0645
관절탈구 도수정복술(고관절)	N0761
관절탈구 도수정복술(견관절)	N0762
관절탈구 도수정복술(주관절, 슬관절)	N0763
관절탈구 도수정복술(완관절, 족관절, 지관절)	N0764
관절탈구 도수정복술(요골골두 아탈구)	N0765

별표51 골관절고정수술 분류표

약관에서 규정하는 골관절고정수술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
절골술 및 체내금속고정술[요골과척골중 하나, 경골과비골중 하나]	N0304
절골술 및 체내금속고정술[대퇴골]	N0305
절골술 및 체내금속고정술[상완골]	N0306
절골술 및 체내금속고정술[요척골 동시, 경비골 동시]	N0307
절골술 및 체내금속고정술-수근골,족근골	N0318
절골술 및 체내금속고정술-중수골,중족골,지골	N0319
체외금속고정술(골반골,대퇴골)	N0981
체외금속고정술(상완골,하퇴골)	N0982
체외금속고정술(전완골)	N0983
체외금속고정술(수근골,족근골)	N0984
체외금속고정술(중수골,중족골,지골)	N0985
체외금속고정술(상완골,하퇴골)-복잡	N0986
관절고정술[고관절]	N0731
관절고정술[주관절,완관절,족관절]	N0733
관절고정술[지관절]	N0734
관절고정술-족관절에 삼중관절고정술을 실시한 경우	N0735
관절고정술[주관절,완관절,족관절]-복잡	N0736
관절고정술-복잡-족관절에 삼중관절고정술을 실시한 경우	N0737
관절고정술-견관절	N0738
관절고정술-슬관절	N0739

별표52 자가연골(세포)이식 수술 분류표

약관에서 규정하는 자가연골(세포)이식 수술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
자가유래연골세포이식술-채취술[관절경검사 포함]	N0691
자가유래연골세포이식술-이식술-골막 이용	N0692
자가유래연골세포이식술-이식술-피브린글루 이용	N0694
자가골연골이식술	N0693
자가골연골이식술-복잡	N0695

별표53 신경성형수술 분류표

약관에서 규정하는 신경성형수술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
신경성형술[감압,박리등]-두개강외뇌신경	S4593
신경성형술[감압,박리등]-상완및요,천추신경총	S4594
신경성형술[감압,박리등]-중요말초신경[사지부,구간등]	S4595
신경성형술[감압,박리등]-수족지부	S4596
두개강내뇌신경수술-신경성형술	S4799

별표54 반월판연골수술 분류표

약관에서 규정하는 반월판연골수술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
반월판연골절제술(내측또는외측)	N0821
반월판연골절제술(내외측동시)	N0822
반월판연골절제술(내측또는외측)-복잡	N0826
반월판연골절제술(내외측동시)-복잡	N0827
반월상연골봉합술(내외또는외측)	N0823
반월상연골봉합술(내외또는외측)-복잡	N0828
반월상연골봉합술(내외측동시)	N0824
반월상연골봉합술(내외측동시)-복잡	N0829
반월상연골이식술	N0825
반월상연골이식술-복잡	N0820

별표55 척추고정수술 분류표

약관에서 규정하는 척추고정수술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
척추변형에척추관절전방고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만	N0444
척추변형에척추관절전방고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)이상	N0445
척추변형에척추관절후방고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만	N0446
척추변형에척추관절후방고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)이상	N0447
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-경구강접근	N2461
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-경추치상돌기나사못고정술	N2462
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의경우	N2463
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-흉추-경흉골병 접근	N2464
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-흉추-경흉골접근	N2465
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-흉추-기타의경우	N2466
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추	N0466
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추-복잡	N1466
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-경추-후두골경추간	N2467
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-경추-제1~2경추간	N2468
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-경추-기타의경우	N2469
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추	N0468
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추	N0469
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-복잡	N1469
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-Cage를이용한추체간유합술	N2470
척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-복잡-Cage를이용한추체간유합술	N1460

별표56 십자인대질환 분류표

1 약관에 규정하는 십자인대질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 십자인대질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
무릎의 내부장애	M23
무릎의 (전)(후)십자인대를 침범한 염좌 및 긴장	S83.5
(측부)(십자)인대와 복합된 (외측)(내측) 반달연골의 손상	S83.7

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 "십자인대질환" 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표57 십자인대수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 "십자인대수술(급여)"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
십자인대성형술	N0880
십자인대성형술-복잡	N0881
십자인대접합술	N0890

별표58 척추, 근골격계 및 특정골절 분류표

1 약관에서 규정하는 척추, 근골격계 및 특정골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 척추, 근골격계 및 특정골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		질병코드
감염성 관절병증	감염성 관절병증	M00-M03
염증성 다발관절병증	염증성 다발관절병증	M05-M14
관절증	관절증	M15-M19
기타 관절장애	기타 관절장애	M20-M25
전신결합조직장애	전신결합조직장애	M30-M36
근육 장애	근육 장애	M60-M63
윤활막 및힘줄장애	윤활막 및 힘줄장애	M65-M68
기타 연조직장애	기타 연조직장애	M70-M79
골밀도 및 구조장애	골밀도 및 구조장애	M80-M85
기타 골병증	기타 골병증	M86-M90
연골병증	연골병증	M91-M94
근골격계통 및 결합조직의 기타 장애	근골격계통 및 결합조직의 기타 장애	M95-M99
척추질환	척추내 농양 및 육아종	G06.1
	추간판장애에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.1*
	척추증에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.2*
	기타등병증에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.3*
	말총증후군	G83.4
	척수의 기타질환	G95
	변형성 등병증	M40-M43
	척추병증	M45-M49
	기타 등병증	M50-M54

대상이 되는 항목		질병코드
척추골절	목의 골절	S12
	목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
	경부척수의 진탕 및 부종	S14.0
	경부척수의 기타 및 상세불명의 손상	S14.1
	경추신경근의 손상	S14.2
	상완신경총의 손상	S14.3
	흉추의 골절	S22.0
	흉추의 다발골절	S22.1
	흉추간판의 외상성 파열	S23.0
	흉추의 탈구	S23.1
	흉추의 염좌 및 긴장	S23.3
	흉수의 진탕 및 부종	S24.0
	흉수의 기타 및 상세불명의 손상	S24.1
	흉추신경근의 손상	S24.2
	요추및골반의 골절	S32
	요추및골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
	요수의 진탕 및 부종	S34.0
	요수의 기타 손상	S34.1
	요추 및 천추의 신경근 손상	S34.2
	말총의 손상	S34.3
	요천수신경총의 손상	S34.4
	척추의 상세불명 부위의 골절	T08
어깨 및 팔 골절 골절	어깨 및 위팔의 골절	S42
	아래팔의 골절	S52
	팔의 상세불명 부위의 골절	T10
	손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴 및 다리 골절	대퇴골의 골절	S72
	다리의 상세불명 부위의 골절	T12
	발목을 포함한 아래 다리의 골절	S82
	발목을 제외한 발의 골절	S92
늑골	늑골골절	S22.3
	늑골의 다발골절	S22.4

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라

분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 척추, 근골격계 및 특정골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표59 "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사 비용

소송목적의 값	변호사 비용
2,000만원까지	[소송목적의 값 x 10%]
2,000만원 초과 ~ 5,000만원까지	[200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x 8%]
5,000만원 초과 ~ 1억원까지	[440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) x 6%]
1억원 초과 ~ 1억5천만원까지	[740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x 4%]
1억5천만원 초과 ~ 2억원까지	[940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) x 2%]
2억원 초과 ~ 5억원까지	[1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%]
5억원 초과 ~	[1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%]

주) 1. 향후 "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에 정한 상기 변호사비용이 변경 될 경우에는 그를 따르는 것으로 합니다.

별표60 "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%

주) 1. 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.

별표61 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료

구분	심급별	송달료 한도
민사소송	민사1심 소액/단독/합의	102,000원 / 153,000원 / 153,000원
	항소심/상고심	122,400원 / 81,600원
행정소송	행정1심 합의/단독	102,000원/ 102,000원
	항소심/상고심	102,000원/ 81,600원

주) 위 금액은 당사자수 2명 기준이며, 향후 "법원 송달료 납부기준금(2020.7.1. 적용)" 및 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료가 변경 될 경우에는 그를 따르는 것으로 합니다.

별표62 기후성질환(온열질환) 분류표

1 약관에서 규정하는 기후성질환(온열질환)으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
열사병 및 일사병	T67.0
열실신	T67.1
열경련	T67.2
탈수성 열탈진	T67.3
염분 상실에 의한 열탈진	T67.4
상세불명의 열탈진	T67.5
일과성 열피로	T67.6
열성 부종	T67.7
열 및 빛의 기타 영향	T67.8
열 및 빛의 상세불명의 영향	T67.9

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 기후성질환(온열질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표63 기후성질환(저체온질환) 분류표

1 약관에서 규정하는 기후성질환(저체온질환)으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
표재성 동상	T33
조직괴사를 동반한 동상	T34
여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
저체온증	T68
저하된 온도의 기타 영향	T69

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 기후성질환(저체온질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표64 독액성동물접촉중독 분류표

1 약관에서 규정하는 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독" 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뱀독의 독성효과	T63.0
기타 파충류의 독액의 독성효과	T63.1
전갈의 독액의 독성효과	T63.2
거미의 독액의 독성효과	T63.3
기타 절지동물의 독액의 독성효과	T63.4
물고기와의 접촉의 독성효과	T63.5
기타 바다동물과의 접촉의 독성효과	T63.6
기타 독액성 동물과의 접촉의 독성효과	T63.8
상세불명의 독액성 동물과의 접촉의 독성효과	T63.9

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독" 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표65 안면 · 두개골 골절 분류표

1 약관에서 규정하는 안면 · 두개골 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 안면 · 두개골 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 안면 · 두개골 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표66 | 근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표

1 약관에서 규정하는 근골격계통 및 결합조직의 질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 근골격계통 및 결합조직의 질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
감염성 관절병증	M00-M03
염증성 다발관절병증	M05-M14
관절증	M15-M19
기타 관절장애	M20-M25
전신결합조직장애	M30-M36
변형성 등병증	M40-M43
척추병증	M45-M49
기타 등병증	M50-M54
근육 장애	M60-M63
윤활막 및 힘줄장애	M65-M68
기타 연조직장애	M70-M79
골밀도 및 구조장애	M80-M85
기타 골병증	M86-M90
연골병증	M91-M94
근골격계통 및 결합조직의 기타 장애	M95-M99

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 근골격계통 및 결합조직의 질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표67 | 관절통증주사치료 분류표

약관에서 규정하는 관절통증주사치료(급여)는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제5장(주사료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
신경간내주사	KK061
건초내주사	KK062
관절강내주사	KK090

약관에서 인용된 법•규정

※ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

법규1	개인정보 보호법 [시행 2020.8.5.] [법률 제16930호, 2020.2.4., 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

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020.2.4.>

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다. <개정 2020.2.4.>
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호 · 제3호 · 제5호 및 제39조의3제2항제2호 · 제3호에 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.

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020.2.4.>

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 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. <개정 2017.4.18.>

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집 · 이용 목적, 수집 · 이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다. <신설 2017.4.18., 2017.7.26., 2020.2.4.>

③ 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., 2017.4.18>

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. <개정 2017.4.18.>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2017.4.18.>

⑥ 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. <개정 2017.4.18.>

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017.4.18.>

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 보호위원회는 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., 2017. 7. 26., 2020.2.4.>

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020.2.4.>

법규2	**개인정보 보호법 시행령** [시행 2021.2.5.] [대통령령 제31429호, 2021.2.2., 타법개정]

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 법 제22조제2항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2017.10.17.>

1. 개인정보의 수집 · 이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
   가. 제18조에 따른 민감정보

나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)

4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

③ 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제18조제2항제1호 및 제22조제4항에 따른 동의를 받거나 법 제22조제3항에 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., 2017.10.17.>

④ 개인정보처리자는 법 제22조제6항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다. <개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

⑤ 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., 2017.10.17.>

법규3	상법 시행령
	[시행 2021.12.30.] [대통령령 제32274호, 2021.12.28., 타법개정]

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

[본조신설 2018. 10. 30.]

법규4	국민건강보험법
	[시행 2021.12.9.] [법률 제18211호, 2021.6.8., 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. <개정 2018.3.27.>

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
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.

법규5	도로교통법
	[시행 2021.10.21.] [법률 제17891호, 2021.1.12., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

<개정 2012.3.21., 2013.3.23., 2014.1.28., 2014.11.19., 2017.3.21., 2017.7.26., 2017.10.24., 2018.3.27., 2020.5.26., 2020.6.9., 2020.12.22.>

1~16. (생략)

17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.
가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
1) 자동차
2) 건설기계
3) 원동기장치자전거
4) 자전거
5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차와 행정안전부령으로 정하는 보행보조용 의자차는 제외한다.
나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.
(이하 생략)
[전문개정 2011.6.8.]

제43조(무면허운전 등의 금지)
누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020.6.9., 2020.12.22., 2021.1.12.>
[전문개정 2011.6.8.]

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
<개정 2018.3.27.>
② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다. <개정 2014.12.30., 2018.3.27.>
③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018.12.24.>
[전문개정 2011.6.8.]

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2020. 6. 9.>
[전문개정 2011. 6. 8.]

제54조(사고발생 시의 조치)
① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2014. 1. 28., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>
1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
2. 피해자에게 인적 사항(성명·전화번호·주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공
(이하 생략)
[전문개정 2011.6.8.]

제151조(벌칙)
차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2018. 3. 27.>
[전문개정 2011. 6. 8.]

법규6	**민법** [시행 2021.1.26.] [법률 제17905호, 2021.1.26., 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.]

법규7	상법 [시행 2020.12.29.] [법률 제17764호, 2020.12.29., 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.>

제682조(제3자에 대한 보험대위)

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

[전문개정 2014. 3. 11.]

법규8	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 [시행 2021.12.30.] [법률 제17799호, 2020.12.29., 타법개정]

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., 2018.12.11., 2020.6.9.>

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 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 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 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 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015.3.11., 2020.2.4.>

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020.2.4.>

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 정보 제공에 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 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
<개정 2015.3.11., 2020.2.4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 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. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우.
9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우.
가. 양 목적 간의 관련성
나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 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.>

제33조(개인신용정보의 이용)

① (생략)

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

[전문개정 2020. 2. 4.]

법규9	여객자동차 운수사업법 시행령
	[시행 2021.10.8.] [대통령령 제31609호, 2021.4.6., 일부개정]

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

「여객자동차 운수사업법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. <개정 2008.11.26., 2009.11.27., 2011.12.8., 2011.12.30., 2012.11.23., 2013.3.23., 2015.1.28., 2016.1.6., 2016.1.22., 2019.2.12., 2021.4.6.>

1. 노선 여객자동차운송사업
   - 가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   - 나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   - 다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
   - 라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
2. 구역 여객자동차운송사업
   - 가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 "산업단지등"이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.
     1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인
     2) 회사, 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)
     3) 국토교통부장관 또는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)가 정하여 고시하는 산업단지 등의 관리기관
   - 나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업
   - 다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.
   - 라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

법규10	응급의료에 관한 법률
	[시행 2021.12.30.] [법률 제17786호, 2020.12.29., 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)

① 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. <개정 2020. 12. 29.>

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020. 12. 29.>

[전문개정 2011.8.4.]

법규11	응급의료에 관한 법률 시행규칙
	[시행 2021.12.31.] [보건복지부령 제851호, 2021.12.31., 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

제18조의3(응급환자의 중증도 분류 등)

① 응급의료기관의 장은 법 제31조의4제1항에 따라 응급실의 입구에 환자분류소를 설치하여 보건복지부장관이 정하는 교육을 이수한 의사, 간호사 또는 1급 응급구조사가 응급환자 등의 중증도를 분류하고, 감염병 의심환자 등을 선별하도록 해야 한다. <개정 2020.12.16.>

② 제1항에 따라 응급환자 등의 중증도를 분류하거나 감염병 의심환자 등을 선별할 때에는 환자의 주요증상, 활력징후(호흡, 맥박, 혈압, 체온), 의식 수준, 손상기전, 통증 정도 등을 고려해야 하며 그 세부적인 기준·방법 및 절차 등은 보건복지부장관이 고시하는 한국 응급환자 중증도 분류기준에 따른다. <개정 2020.12.16.>

[본조신설 2015.12.18.]

[제목개정 2020.12.16.]

법규12	의료법
	[시행 2021.12.30.] [법률 제17787호, 2020.12.29., 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., 2016.5.29., 2019.4.23., 2020.3.4.>

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 임산부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 정신병원
바. 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.]

제4조(의료인과 의료기관의 장의 의무)

① 의료인과 의료기관의 장은 의료의 질을 높이고 의료관련감염(의료기관 내에서 환자, 환자의 보호자, 의료인 또는 의료기관 종사자 등에게 발생하는 감염을 말한다. 이하 같다)을 예방하며 의료기술을 발전시키는 등 환자에게 최선의 의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다. <개정 2012.2.1., 2020.3.4.>

② 의료인은 다른 의료인 또는 의료법인 등의 명의로 의료기관을 개설하거나 운영할 수 없다. <신설 2012.2.1., 2019.8.27.>

③ 의료기관의 장은 「보건의료기본법」 제6조·제12조 및 제13조에 따른 환자의 권리 등 보건복지부령으로 정하는 사항을 환자가 쉽게 볼 수 있도록 의료기관 내에 게시하여야 한다. 이 경우 게시 방법, 게시 장소 등 게시에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <신설 2012.2.1.>

④ 삭제 <2020.3.4.>

⑤ 의료기관의 장은 환자와 보호자가 의료행위를 하는 사람의 신분을 알 수 있도록 의료인, 제27조제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 의료행위를 하는 같은 항 제3호에 따른 학생, 제80조에 따른 간호조무사 및 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에 따른 의료기사에게 의료기관 내에서 대통령령으로 정하는 바에 따라 명찰을 달도록 지시·감독하여야 한다. 다만, 응급의료상황, 수술실 내인 경우, 의료행위를 하지 아니할 때, 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우에는 명찰을 달지 아니하도록 할 수 있다. <신설 2016.5.29.>

⑥ 의료인은 일회용 의료기기(한 번 사용할 목적으로 제작되거나 한 번의 의료행위에서 한 환자에게 사용하여야 하는 의료기기로서 보건복지부령으로 정하는 의료기기를 말한다. 이하 같다)를 한 번 사용한 후 다시 사용하여서는 아니 된다. <신설 2016.5.29., 2020.3.4.>

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원 인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

[본조신설 2015.12.29.]

제4조의3(의료인의 면허 대여 금지 등)

① 의료인은 제5조(의사·치과의사 및 한의사를 말한다), 제6조(조산사를 말한다) 및 제7조(간호사를 말한다)에 따라 받은 면허를 다른 사람에게 대여하여서는 아니 된다.

② 누구든지 제5조부터 제7조까지에 따라 받은 면허를 대여받아서는 아니 되며, 면허 대여를 알선하여서도 아니 된다.

[본조신설 2020.3.4.]

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.,2019.8.27.>

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. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 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.>

법규13	의료법 시행규칙
	[시행 2021.12.31.] [보건복지부령 제851호, 2021.12.31., 타법개정]

[별표 4] <개정 2019.9.27.>

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 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 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 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 동맥혈압모니터, 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.

법규14	자동차관리법 시행규칙
	[시행 2022.1.1.] [국토교통부령 제900호, 2021.10.14., 일부개정]

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015.7.7., 2017.1.6.>

[전문개정 2011.12.15.]

[별표1] <개정 2021.8.27.>

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트)이하이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.5미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터 · 너비 1.7미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나 길이 · 너비 · 높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이 · 너비 · 높이 모두 소형을 초과 하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너		승차정원이 15인 이하이고,	승차정원이 16인 이상 35인	승차정원이 36인 이상이거

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
	비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것		길이 4.7미터 · 너비 1.7미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	이하이거나, 길이 · 너비 · 높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	나, 길이 · 너비 · 높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트)이하이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.5미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸 화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의 · 헌혈 · 구급 · 보도 · 캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수 용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장 · 사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난 · 견인할 수 있는 구조인 것
	특수 용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주 · 오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형 · 경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
      1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류 · 가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조 · 장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
      2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
      3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
   나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
      1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
      2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
      3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
   가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이 · 너비 · 높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이 · 너비 · 높이에 따라 규모를 구분한다.
   나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
   다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

법규15	자동차손해배상 보장법 시행령 [시행 2021.1.5.] [대통령령 제31380호, 2021.1.5., 타법개정]

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. <개정 2014.2.5., 2021.1.5.>

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다. <개정 2014.2.5., 2014.12.30.>

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다. <개정 2012.8.22.>

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다. <개정 2014.12.30.>

법규16	전자서명법 [시행 2021.6.10.] [법률 제17354호, 2020.6.9., 전부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

(이하 생략)

법규17	폭력행위 등 처벌에 관한 법률 [시행 2016.1.6.] [법률 제13718호, 2016.1.6., 일부개정]

제4조(단체등의 구성 · 활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속 · 유지를 위하여 다음

각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016.1.6.>

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
   가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
   나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
   다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
   라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다. [전문개정 2014.12.30.]

법규18	**형법** [시행 2021.12.9.] [법률 제17571호, 2020.12.8., 일부개정]

제170조(실화)

① 과실로 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인 소유인 제166조에 기재한 물건을 불태운 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

② 과실로 자기 소유인 제166조의 물건 또는 제167조에 기재한 물건을 불태워 공공의 위험을 발생하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

[전문개정 2020.12.8.]

제171조(업무상실화, 중실화)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제258조(중상해, 존속중상해)

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다. <개정 2016.1.6.>

제260조(폭행, 존속폭행)

① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995.12.29.>

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995.12.29.>

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제266조(과실치상)

① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995.12.29.>

② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995.12.29.>

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[전문개정 2020.12.8.]

법규19	민사소송법
	[시행 2021.11.18.] [법률 제18396호, 2021.8.17., 일부개정]

제254조(재판장등의 소장심사권)

① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제266조(소의 취하)

① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.

② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.

③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.

④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.

⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.

⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.

② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제412조(반소의 제기)

① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.

② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

법규20	공직선거법 [시행 2022.1.13.] [법률 제17893호, 2021.1.12., 타법개정]

제222조(선거소송)
① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인 · 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시 · 도의원선거 및 시 · 도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시 · 도의원선거, 자치구 · 시 · 군의원선거 및 자치구 · 시 · 군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.
<개정 2002.3.7., 2010.1.25.>
③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

제223조(당선소송)
① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항 · 제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定 · 公告 · 통지)제1항 · 제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定 · 公告 · 통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定 · 公告 · 통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2000.2.16., 2002.3.7., 2005.8.4., 2010.1.25., 2010.3.12., 2020.1.14., 2020.12.29.>
② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시 · 도의원선거 및 시 · 도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시 · 도의원선거, 자치구 · 시 · 군의원선거 및 자치구 · 시 · 군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>
③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.
<개정 2010.1.25.>
④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴 · 사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거 · 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

법규21	국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 [시행 2022.1.4.] [법률 제18716호, 2022.1.4., 일부개정]

제6조(등록 및 결정)
① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다. <개정 2011.9.15., 2013.5.22.>
1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생 · 공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우
② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람

에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다. <신설 2011.9.15.>

③ 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다. <개정 2009.2.6., 2011.9.15.>

④ 국가보훈처장은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다. <개정 2011.9.15.>

⑤ 국가보훈처장은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다. <신설 2016.5.29.>

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다. <개정 2011.9.15., 2016.5.29.>

[전문개정 2008.3.28.]

법규22	소비자기본법 [시행 2021.12.30.] [법률 제17799호, 2020.12.29., 타법개정]

제70조(단체소송의 대상등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다. <개정 2016.3.29.>

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

법규23	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 [시행 2020.4.7.] [법률 제17218호, 2020.4.7., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2018. 3. 27.>

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

법규24	장애인복지법 [시행 2021.12.21.] [법률 제18625호, 2021.12.21., 일부개정]

제32조(장애인 등록)

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·

특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1.18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.>

② 삭제 <2017. 2. 8.>

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.>

④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2017. 12. 19.>

⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다. <신설 2010. 5.27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.>

⑦ 삭제 <2021.7.27.>

⑧ 제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18., 2010.5.27., 2015.12.29., 2017.2.8., 2021.7.27.>

[시행일: 2022.1.28.] 제32조

법규25	장애인복지법 시행령
	[시행 2022.1.1.] [대통령령 제31840호, 2021.6.29., 일부개정]

제2조(장애의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다. <개정 2018.12.31>

② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다. <개정 2018.12.31.>

[제목개정 2018.12.31.]

법규26	장애인복지법 시행규칙
	[시행 2021.12.4.] [보건복지부령 제800호, 2021.6.4., 일부개정]

제2조(장애인의 장애 정도 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다. <개정 2019.6.4.>

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. <개정 2008.3.3., 2010.3.19., 2019.6.4.>

[제목개정 2019.6.4.]

법규27	금융소비자 보호에 관한 법률
	[시행 2021.12.30.] [법률 제17799호, 2020.12.29., 타법개정]

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

제17조(적합성원칙)

③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제18조(적정성원칙)

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제19조(설명의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
   가. 보장성 상품
      1) 보장성 상품의 내용
      2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
      3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
      4) 위험보장의 범위
      5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   나. 투자성 상품
      1) 투자성 상품의 내용
      2) 투자에 따른 위험
      3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
      4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   다. 예금성 상품
      1) 예금성 상품의 내용
      2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   라. 대출성 상품
      1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
      2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
      3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
      4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
      5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
   가. 연계·제휴서비스등의 내용
   나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
   다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021.9.25.] 제19조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제20조(불공정영업행위의 금지)

① 금융상품판매업자등은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.

1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
   나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위
      1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
      2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우
      3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
   다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우
5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

② 불공정영업행위에 관하여 구체적인 유형 또는 기준은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021.9.25.] 제20조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제21조(부당권유행위 금지)

금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
   나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위
6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위
   나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위
7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

[시행일 : 2021.9.25.] 제21조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 "금전·재화 등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때

2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
   가. 이미 공급받은 금전·재화등
   나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
   다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021.9.25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021.9.25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

법규28	**산업재해보상보험법 시행규칙** [시행 2022.1.1.] [고용노동부령 제342호, 2021.12.31., 일부개정]

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. <개정 2020. 1. 10.>

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. <개정 2019. 10. 15.>

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>
1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

특별약관 색인

(ㄱ)

가족일상생활중배상책임III【갱신계약】 ……226
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ……134
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원) ……134
간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ……138
간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ……138
간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ……136
간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1-180일) ……136
간병인지원 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】 ……252
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】 ……140
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일) ……140
간호간병통합서비스 상해입원일당(상급종합병원, 1-180일)【갱신계약】 ……145
간호간병통합서비스 상해입원일당(상급종합병원, 1-180일) ……145
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ……149
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) …149
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ……147
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) …147
간호간병통합서비스 상해입원일당(종합병원, 1-180일)【갱신계약】 …142
간호간병통합서비스 상해입원일당(종합병원, 1-180일) ……142
강력범죄피해보장 ……232
골관절고정수술비(급여, 연간1회한) ……186
골다공증 · 특정골절수술비 ……168
골다공증진단비【갱신계약】 ……180
골밀도검사지원비(급여, 연간1회한) ……179
골절부목치료비 ……156
골절수술비(1~5급, 연간1회한) ……87
골절수술비 ……86
골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한) ……83
골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) ……83
골절진단비II(치아파절제외) ……82
골절철심제거수술비(급여, 연간1회한) ……157
골절탈구 도수정복술치료비(급여, 연간1회한) ……185
골프용품손해 ……217
골프중 카트사고부상보장(1~10급) ……130
골프중상해사망 ……130
관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) ……182
관절통증주사치료비(급여, 1일1회한, 연간5회한) ……194
기후성질환진단비(연간1회한) ……159
깁스치료비 ……177

(ㄴ)

내측상과염(골프엘보우) 진단비 ……164
뇌·내장손상수술비 ……111

(ㄷ)

대중교통이용중교통상해80%이상후유장해 ……122
대중교통이용중교통상해사망 ……124
대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%) ……121
독액성동물접촉중독진단비(연간1회한) ……160

(ㄹ)

류마티스관절염(항류마티스약제)치료비 ……171

(ㅁ)

무릎인대파열 · 연골손상수술비 ……112
무배당 간병인지원 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】특별약관 ……234
민사소송법률비용손해 ……200

(ㅂ)
반월판연골수술비(급여, 연간1회한) ····189
배상책임 관련 일반조항 ····220
보장특약 자동갱신(추가납입형) ····260
보험료 자동납입 ····260
비용손해 관련 일반조항 ····198

(ㅅ)
상급종합병원상해입원일당(1일이상) ····80
상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도) ····153
상해1~5종수술비(매회지급) ····96
상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급) ····100
상해1~5종수술비(종합병원, 매회지급) ····98
상해CT검사비(급여, 연간1회한) ····154
상해MRI검사비(급여, 연간1회한) ····155
상해수술비(상급종합병원) ····95
상해수술비(종합병원) ····93
상해수술비 ····92
상해입원일당(1일이상)II(전환용)【갱신계약】 ····255
상해입원일당(1일이상)II ····79
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····118
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····119
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····120
상해중환자실입원일당(1일이상)II ····81
상해흉터복원수술비 ····104
상해흉터복원수술비II(안면부) ····105
선지급서비스 ····258
신경성형수술비(급여, 연간1회한) ····188
신인공관절치환수술비(최초1회한) ····177
심한상해수술비 ····106
십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음) ····191

(ㅇ)
아킬레스힘줄손상수술비 ····113
안면·두개골 골절진단비(연간1회한) ····160
알바트로스비용손해 ····199
외모특정상해(머리, 목)수술비 ····107
외상성특정뇌손상 진단비 ····116
외상성특정뇌출혈 진단비 ····117
외상성특정장기손상 진단비 ····117
외상후스트레스장애진단비(연간1회한) ····173
외측상과염(테니스엘보우) 진단비 ····164
응급실내원비(응급) ····176
의료사고법률비용 ····208
이륜자동차 운전중 상해 부담보 ····258
인공호흡기(12시간초과)치료비(급여, 연간1회한) ····184
일반상해80%이상후유장해 ····72
일반상해사망 ····73
일반상해후유장해(3~100%) ····77

(ㅈ)
자가연골(세포)이식수술비(급여, 연간1회한) ····187
자동차사고부상보장(1~9급)(비운전자) ····133
자동차사고부상보장(1~9급)(운전자) ····132
자전거탑승중상해사망 ····128
장애인전용보험전환 ····262
재물손해 관련 일반조항 ····212
저체온요법치료비(급여, 연간1회한) ····184
전자서명 ····262
족저근막염진단비 ····167
종합병원상해입원일당(1일이상) ····79
종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도) ····152
주요관절병·척추염진단비 ····167
주요다리근육염증진단비 ····166
주요팔근육염증진단비 ····165
중대한특정상해수술비 ····103
중대한화상 및 부식진단비 ····116
지속적신대체요법(CRRT)치료비(급여, 연간1회한) ····183

질병CT검사비(급여, 연간1회한) ·····172
질병MRI검사비(급여, 연간1회한) ·····172

(ㅊ)
창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ·····102
창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ·····101
척추, 근골격계 및 특정골절 CT검사비(급여, 연간1회한) ·····192
척추, 근골격계 및 특정골절 MRI검사비(급여, 연간1회한) ·····193
척추고정수술비(급여, 연간1회한) ·····190
척추골절수술비 ·····89
척추골절진단비 ·····85
척추상해수술비 ·····108
척추질병수술비 ·····170
추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성 및 상세불명 제외) 수술비 ··181
추간판장애(디스크질환)진단비 ·····165
치아파절진단비(연간3회한) ·····82

(ㅌ)
통합상해진단비 ·····76
특정여가활동중상해80%이상후유장해 ·····126
특정여가활동중상해사망 ·····127
특정여가활동중상해후유장해(3~79%) ·····125
특정이물제거치료비(급여, 연간1회한) ·····115

(ㅍ)
팔및손가락후유장해 ·····78

(ㅎ)
항공기이용중상해사망 ·····129
행정소송법률비용손해 ·····204
홀인원비용손해 ·····198
화상수술비 ·····91
화상진단비 ·····91

(기타)
10대골절수술비 ·····89
10대골절진단비 ·····85
3대하지관절상해수술비 ·····109

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

장기24-24447-1-01

KB 손해보험

서울특별시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩(역삼동) | 고객콜센터 1544-0114