무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관

보험계약의 체결

1. (보험계약의 성립)

① 보험계약(이하『계약』이라 합니다.)은 보험계약자(이하『계약자』라 합니다.)의 청약과 우리 회사(이하『회사』라 합니다.)의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제 1회 보험료(일정기간 단위의 분할 보험료)를 받은 경우에 청약일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 하여야 하며, 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다. 또한 회사가 청약을 승낙한 때에는 지체없이 보험증권을 계약자에게 교부하며, 청약을 거절한 때에는 납입한 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 예정이율(『보험료 산출시 적용되는 이율』을 말합니다. 이하 같습니다.) + 1% < 연7.0% > 의 이율로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

③ 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 그 청약을 거절할 사유가 없는 한 회사는 계약상의 책임을 집니다. 그러나 4.에 정한 책임의 시기가 개시하지 아니한 때에는 그러하지 아니합니다.

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

2. (청약서 부본 및 보험약관의 교부)

① 회사는 계약 체결시까지 계약자에게 보험계약 청약서(이하『청약서』라 합니다.)부본 및 보험약관을 교부하고, 그 약관의 중요한 내용을 알려드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서 부본을 별도로 드리지 아니할 수 있습니다.

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

3. (보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하『사고』라 합니다.)로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하『손해』라 합니다.)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 위 ①의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

4. (회사의 책임의 시기 및 종기)

① 회사의 책임은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권 발행지의 표준시에 따릅니다.

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

5. (보상하지 아니하는 손해)

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

①계약자나 피보험자의 고의

②보험수익자(이하『수익자』라 합니다)의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

③피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

④피보험자의 뇌질환, 질병 또는 심신상실

⑤피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.

⑥피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑦피보험자의 형의 집행

⑧지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑨전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑩핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑪위 ⑩이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

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

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

②모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다.)

③선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

6. (계약전 알릴의무)

계약을 맺을 때에 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약서(질문서를 포함합니다. 이하 같습니다.)의 기재사항에 관하여 아는 사실을 빠짐없이 그대로 회사에 알려야합니다.

7. (모집인등의 청약서 임의기재행위의 효력)

1 계약자 또는 피보험자는 청약서 작성시 반드시 기재사항을 사실대로 작성한 후 자필서명 또는 날인하여야 합니다.

2 위 1의 규정에도 불구하고 모집인 등이 청약서에 질문한 사항, 기타 계약내용에 포함될 중요사항을 계약자 또는 피보험자의 의사와 다르게 기재함으로써 계약자, 피보험자 또는 수익자에게 발생한 손해에 대하여는 회사가 책임을 집니다.

3 계약체결 당시 계약자 또는 피보험자가 청약서에 자필서명 또는 날인하지 아니한 경우에 계약자는 계약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

8. (청약의 철회)

1 가계성보험(개인의 일상생활과 관련된 보험으로 보험료를 단체 또는 법인이 부담하지 않는 개인보험계약과 단체 요율이 적용되지 않는 계약을 말합니다. 이하 같습니다.)에 한하여 계약자는 계약의 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
2 회사는 청약의 철회를 접수한 날(우편 철회의 경우 우편물이 회사에 도착한 날)부터 3일 이내에 납입보험료 전액을 반환하며, 반환기일을 경과한 때에는 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다

보험계약을 맺은 후의 변경

9. (계약후 알릴의무)

1 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경할 때(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우 이륜차(오토바이 포함)를 운전하게 된 경우 등을 포함합니다.)에는 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액 보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
3 위 1의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지불을 태만히 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험 요율(이하『변경전 요율』이라 합니다.)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험 요율(이하『변경후 요율』이라 합니다.)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 단, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.
4 계약자 또는 피보험자가 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때도 위 3과 같습니다.
5 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

10. (계약내용의 변경)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.
① 보험종목
② 보험기간
③ 보험료납입주기 및 납입기간
④ 보험가입금액
⑤ 계약자, 피보험자 또는 수익자

⑥기타 계약의 내용

2 회사는 계약자가 1의 ①의 규정에 의하여 책임개시일부터 1년이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

3 회사는 계약자가 위 1의 ④의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이를 계약자에게 드립니다.

4 계약자가 위 1의 ⑤중 사망보험금 수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

5 계약자가 위 1의 ⑤중 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

①피보험자가 이 보험에서 담보하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 계속 유지시킬 수 없는 경우

②계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자를 해고 또는 교체한 경우

<용어풀이>

고용관계라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

11. (대표자의 지정)

1 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.

2 위 1의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

4 본 조항은 수익자가 법정상속인으로 지정되고 법정상속인이 2인 이상인 경우에는 적용하지 아니합니다.

12. (계약의 무효)

타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약 체결시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 보험계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.

13. (보험료의 납입주기)

1 보험료의 납입주기는 연납을 원칙으로 하되, 계약자의 편의에 따라 6개월납, 3개월납 또는 월납으로 할 수 있습니다.

2 제 2회부터의 보험료는 납입기일까지 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 납입기간중 앞으로 납입할 보험료에 대하여 계약자가 서면으로 보험료 납입주기 및 수금방법의 변경을 요구할 경우에는 회사는 그 방법을 변경하여 드립니다.

3 위 2의 경우 회사는 계약자에게 영수증을 교부해 드립니다. 다만, 금융기관(우체국을 포함합니다)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 갈음합니다.

4 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 이 보험의 예정이율<연6.0%>로 할인하여 드립니다. 그러나 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납시

에 할인한 이율로 계산한 금액을 돌려드립니다.

14 . (보험료의 자동대출납입)

1 15. 에 규정된 납입최고기간이 경과되기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우 32. 에 규정된 보험계약자대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 보험계약이 유효하게 지속됩니다.
2 위 1의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고기간까지의 이자(약관대출이자율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 기타 계약자에게 지급할 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
3 위 1 및 2에 따라 약관대출로 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

15 . (보험료 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)

1 계약자가 제 2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고기간으로 하며, 회사는 3에서 정한 바에 따라 최고하고 이 납입최고기간 안에 보험료가 납입되지 아니할 경우에는 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
2 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 방문수금불이행 또는 은행납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고기간으로 하여 위 1을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입 통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.
3 제 2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고기간이 끝나기 15일이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려주어야 합니다.

16 . (해지된 계약의 부활)

1 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 계약자는 해지일부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 예정이율 + 1%〈연 7.0%〉로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
2 계약부활에 따른 회사의 책임은 회사의 승인이 있는 날 오후 4시부터 시작됩니다. 이 경우 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용합니다.

17. (계약의 해지)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약의 일부 또는 전부를 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 【별표1(해약환급금 명세표)】에서 정한 해약환급금을 드립니다.

2 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해발생의 전후를 묻지 아니하고 이 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 그 사실을 회사가 안 때부터 1개월이 지났거나 회사의 중대한 과실로 알지 못한 때에는 해지할 수 없습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 6.(계약전 알릴의무)을 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 9.의 1에서 정한 계약후 알릴의무를 이행하지 아니하였을 때

3 위 2의 ①에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반증이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다." 라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우에는 【별표1(해약환급금 명세표)】에서 정한 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료중 많은 금액을 지급하여 드립니다.

4 위 2의 ②에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 9.의 3 또는 4에 따라 보상하여 드립니다.

5 손해가 위 2에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 3 및 4에 관계없이 보상하여 드립니다.

18. (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다.

19. (무효 또는 해지인 경우의 환급)

1 회사는 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임없는 사유로 계약이 무효가 된 경우에는 이미 받은 보험료 전액을 돌려드립니다. 다만 계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 경과기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

2 회사는 계약이 효력 상실되거나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 무효가 된 경우 또는 17.의 2의 사유로 손해발생 이전에 해지된 경우에는 【별표1(해약환급금 명세표)】에서 정한 해약환급금을 지급하여 드립니다.

20. (만기환급금의 지급)

회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 아래에 정한 금액을 만기환급금으로 보험계약자에게 지급하여 드립니다. 그러나, 이 약관에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

구 분	보험기간	지 급 액
1 종 (환급형)	5년만기, 10년만기	보험 가입금액 전액 지급
2 종 (소멸형)	80세만기	없음

21. (환급금의 지급)

1 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 19. 및 20. 등의 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3일이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지는 이 보험의 예정이율 + 1%<연7%>로 계산된 금액을, 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지는 이 보험의 약관대출이율로 계산된 금액을 환급금에 더하여 지급하여 드립니다.

2 회사는 20.의 만기환급금의 지급사유가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 계약자 또는 수익자에게 그 사유와 지급할 금액을 명시하여 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율<연6%>을 연단위복리로 계산한 금액을 환급금에 더하여 지급하여 드립니다.

3 위 2의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 환급금 발생사실을 알려드린 경우 만기환급금과 19. 2의 규정에 의한 해약환급금은 그 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 1년간은 예정이율의 50% 1년후부터 환급금 청구일까지는 1%를 연단위복리로 계산한 금액을 환급금에 더하여 지급하여 드립니다.

손해의 발생

22. (손해의 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자, 피보험자 또는 수익자가 위 1의 통지를 게을리함으로 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

23. (보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금 또는 해약환급금을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

①청구서 (회사양식)

②사고증명서 (그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자등 인근 주민의 확인서)

③그 밖에 필요한 증거자료

2 병원 또는 의원에서 위1의 ②의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제 3조(의료기관) 제 2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

24. (사망보험금)

1 회사는 피보험자가 3.에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.
2 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

25. (후유장해보험금)

1 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 3.에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 180일 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하『후유장해』라 합니다.)되어 【별표 2(후유장해 지급율표)】의 각호에서 정한 후유장해지급율표의 지급율이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하『고도후유장해』라 합니다.)가 남았을 경우에는 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.
2 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 3.에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 180일 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하『후유장해』라 합니다.)되어 【별표2(후유장해 지급율표)】의 각호에서 정한 후유장해지급율표의 지급율이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하『일반후유장해』라 합니다.)가 남았을 경우에는 【별표2(후유장해 지급율표)】의 각호에 정한 후유장해지급율을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.
3 위 1 및 2의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표2(후유장해 지급율표)】의 각호에서 정한 후유장해등급이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 등급으로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 등급을 결정합니다.
4【별표 2(후유장해 지급율표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표 2(후유장해 지급율표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표 2(후유장해 지급율표)】의 각 장해분류별 최저 지급율 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
5 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 때에는 그 각각에 대한 지급율을 합산하여 위 1, 2, 3 및 4을 적용합니다. 다만,【별표 2(후유장해 지급율표)】의 7, 8, 9에 언급된 상지(팔과 손) 또는 하지(다리와 발)의 후유장해에 대한 한쪽 각각의 지급율은 60%를 한도로 합니다.

26. (보험금의 지급한도)

1 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 25.에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.
2 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 25.의 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급해 드립니다. 그러나 25.의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

27. (보험금 등의 수령방법의 선택)

1 계약자(보험금 지급사유 발생후에는 수익자)는 보험금의 전부 또는 일부를 일시금으로 지급받거나 다음의 지급방법 중 하나를 선택하여 지급받을 수 있습니다.

①일정기간 정기적으로 동일한 금액으로 분할지급

②일정기간 정기적으로 동일한 금액으로 증액하여 지급하거나 동일한 비율로 증액하여 지급

③일정기간이 경과한 후 이자와 원금을 일시금으로 지급

④일정기간 정기적으로 이자만 지급한 후 원금은 일시금으로 지급

2 위 1의 경우 계약자의 요청에 의하여 보험금의 지급방법을 변경한 경우에 회사는 그 미지급금액에 대해서 예정이율 + 1%<연 7.0%> 복리로 계산한 이자를 보험금 또는 만기환급금에 더하여 지급합니다.

28. (보험금의 지급)

1 회사는 손해발생 통지 및 23.의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 지급하여 드립니다.

2 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 보험수익자에게 서면 통지하여 드립니다.

3 위 2에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

4 회사는 위 1의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 약관대출 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

29. (보험금 청구권의 상실)

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

30. (다른 신체상해 또는 질병의 영향)

1 피보험자가 3.에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체장해 또는 질병의 영향으로 또는 3.에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 3.에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.

2 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 3.에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 전항과 같은 방법으로 합니다.

31. (손해보상후의 계약)

1 한번의 사고에 대하여 회사가 지급한 25.의 일반후유장해보험금이 보험가입금액의 80%미만인 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 사망보험금 또는 25.의 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손

해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 만기환급금 및 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

그밖의 사항

32. (보험계약자 대출)

1 계약자는 보험증권을 회사에 제출하여 해약환급금의 범위 안에서 회사가 정한 바에 따라 대출을 받을 수 있습니다.
2 계약이 소멸되었을 경우에 위 1의 대출금이 있으면 상환기일에 관계없이 지급할 금액에서 그 원리금을 뺍니다.

33. (계약자배당금 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

34. (청구권의 소멸시효)

이 약관에 의한 보험금청구권과 해약환급금 및 만기환급금의 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 그 효력이 소멸됩니다.

35. (회사가 제작한 보험안내장의 효력)

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

36. (계약내용의 교환)

개인에 대한 신용정보를 타인에게 제공·활용하기 위해서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조, 동법 시행령 제12조 및 신용정보업무운용규정 제12조에서 정한 바에 따라 개인신용정보의 제공·활용동의서에 계약자의 동의를 받아야 하며, 동의서에 기재하는 제공할 신용정보의 내용에는 다음 각호의 사항을 포함하여야 한다.

① 계약자·피보험자 및 수익자의 성명, 주민등록번호 및 주소
② 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
③ 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용

37. (회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 임직원, 모집인 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

38. (다툼의 조정)

이 계약의 내용 또는 보험금의 지급 등에 관하여 회사와 계약자, 피보험자, 기타 이해 관계인과의 사이에 다툼이 있는 경우에는 금융감독원에 설치된 금융분쟁조정위원회의 조정을 받을 수 있습니다.

39. (예금보험기금에 의한 지급보장)

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

40. (관할법원)

이 계약에 관한 소송은 계약자, 피보험자 또는 수익자가 선택하는 대한민국법원을 합의에 따른 관할법원으로 합니다.

41. (약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
②회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다

41. (준거법)

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 의료건강보험(Ⅱ) 특별약관

1. 일반상해 추가담보 특별약관

1. (보상하는 손해)

회사는 피보험자가 보험기간중에 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.) 3.에서 정한 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 『손해』라 합니다.)를 이 특별 약관에 따라 보상하여 드립니다.

2. (사망보험금)

① 회사는 피보험자가 위 1.에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망 보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.
② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

3 . (후유장해 보험금)

1 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 1.에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 180일 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하『후유장해』라 합니다.)되어 【별표 2(후유장해 지급율표)】의 각호에서 정한 후유장해지급율표의 지급율이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하『고도후유장해』라 합니다.)가 남았을 경우에는 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

2 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 1.에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 180일 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하『후유장해』라 합니다.)되어【별표2(후유장해 지급율표)】의 각호에서 정한 후유장해지급율표의 지급율이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하『일반후유장해』라 합니다.)가 남았을 경우에는【별표2(후유장해 지급율표)】의 각호에 정한 후유장해지급율을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

3 위 1 및 2의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표 2(후유장해 지급율표)】의 각호에서 정한 후유장해등급이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 등급으로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 등급을 결정합니다.

4【별표 2(후유장해 지급율표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표 2(후유장해 지급율표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표 2(후유장해 지급율표)】의 각 장해분류별 최저 지급율 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

5 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 때에는 그 각각에 대한 지급율 합산하여 위 1, 2, 3 및 4을 적용합니다. 다만,【별표 2(후유장해 지급율표)】의 7, 8, 9에 언급된 상지(팔과 손) 또는 하지(다리와 발)의 후유장해에 대한 한쪽 각각의 지급율은 60%를 한도로 합니다.

4 . (보험금의 지급한도)

1 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 3.에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

2 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 3.의 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급해 드립니다. 그러나 3.의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

5 . (손해보상후의 계약)

1 한번의 사고에 대하여 회사가 지급한 3.의 일반후유장해보험금이 보험가입금액의 80%미만인 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 사망보험금 또는 3.의 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

6 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

7 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다

2. 입원의료비(1,000만원 한도)담보 특별약관

1 . (보상하는 손해)

1 회사(이하 『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중에 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.) 3.에서 정한 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 입원의료비(이하 『입원의료비』라 합니다.)를 보상하여 드립니다.

①입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 4~6인용 병실을 말합니다. 이하 같습니다.) 사용료, 환자관리료, 식대

②입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비

③수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

④병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다.)과 기준병실과의 병실료 차액

2 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 위 1의 ①,②,③의 비용 전액과 ④의 비용중 50% 해당액을 1사고당 1,000만원 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험요율을 적용받지 못한 경우에는 위 1의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 1사고당 1,000만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용 받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

3 위 1, 2에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 사고(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병이나 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다)로 인한 회사의 입원의료비 보상한도는 사고일 또는 발병일로부터 180일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

4 위 1의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 2의 비용을 초과하였을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

5 위 1의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

2 . (보상하지 아니하는 손해)

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

①보통약관 5.에서 정한 사항 (단, 5.의 ④,⑤는 아래 ②,③으로 대체합니다.)

②피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환

③피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

④성병

⑤알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 또는 사용

⑥피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니 합니다.

⑦피보험자가 도로교통법 제40조, 제80조 및 건설기계관리법 제26조에서 정한 무면허상태 또는 도로교통법 제41조에 정한 음주상태에서 운전하던중 사고를 일으킨때

⑧제3차 한국표준질병사인분류 중 【별표 14】에서 정한 비뇨기계 장애, 직장 또는 항문관련 질환

2 회사는 위 1의 손해 외에 아래에 정한 사유로 발생한 입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

①한약재등의 보신용 투약비용

②상해나 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비

③피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비

④의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용

⑤위생관리, 미모를 위한 성형수술비

⑥정상분만, 치과질환. 다만, 상해로 인한 치과진료시에는 의치비용을 제외한 비용은 보상하여 드립니다.

⑦진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

⑧자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 의료비는 1.에 따라 보상하여 드립니다.

3 . (보험금등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금 등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

①청구서(회사양식)

②사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)

③입원의료비 명세서 및 영수증

④그밖에 필요한 증거자료

4 . (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

5 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

6 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

3. 통원의료비담보 특별약관

1 . (보상하는 손해)

1 회사(이하 『회사』라 합니다)는 피보험자가 보험기간중에 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.) 3.에서 정한 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원을 제외합니다.)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 통원의료비(이하 『통원의료비』라 합니다.)를 보상하여 드립니다.

① 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비

② 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

2 위 1, ①,②의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비

② 위①에 대한 약사조제료

3 회사는 통원 1일당 위 1, 2의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 70%를 곱한금액을 최고 5만원을 한도로 보상하여 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험요율을 적용 받지 못한 경우에는 통원 1일당 위 1, 2의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 28%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용 받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

4 위 1, 2, 3에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 사고(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며 동일질병이나 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다.)로 인한 회사의 통원의료비 보상한도는 사고일 또는 발병일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

5 위 1, 2의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 3의 비용을 초과하였을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

6 위 1의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

2 . (보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보

상하여 드리지 아니합니다.

① 보통약관 5.에서 정한 사항 (단, 5.의 ④,⑤는 아래 ②,③으로 대체합니다.)

② 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환

③ 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

④ 성병

⑤ 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 또는 사용

⑥ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제80조 및 건설기계관리법 제26조에서 정한 무면허상태 또는 도로교통법 제41조에 정한 음주상태에서 운전하던중 사고를 일으킨때

⑦ 제3차 한국표준질병사인분류 중 【별표 14】에서 정한 비뇨기계 장애, 직장 또는 항문관련 질환

[2] 회사는 위 [1], [2]의 손해 외에 아래에 정한 사유로 발생한 통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

① 한약재등의 보신용 투약비용

② 상해나 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비

③ 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비

④ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용

⑤ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비

⑥ 정상분만, 치과질환. 다만, 위 1. [1]에도 불구하고 상해로 인한 치과진료시에는 의치비용을 제외한 비용은 보상하여 드립니다.

⑦ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

⑧ 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 의료비는 1.에 따라 보상하여 드립니다.

3 . (보험금등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금 등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)

③ 통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증

④ 의사의 처방전에 따른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증

⑤ 그밖에 필요한 증거자료

4 . (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

5 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 [1]에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

6 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

4. 암/상피내암 진단급여금담보 특별약관

1 . (보상하는 손해)

1 우리 회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.)의 5.의 1의 ④에도 불구하고 책임개시일 이후에 최초의 암 또는 상피내암으로 진단확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 암/상피내암진단급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

구 분	지 급 액
암 진단급여금	보험가입금액의 1배 해당액
상피내암 진단급여금	보험가입금액의 0.2배 해당액

단, 피보험자가 위에서 정한 암진단급여금을 지급 받은 이후에 상피내암으로 진단확정시에는 상피내암 진단급여금은 지급되지 아니합니다.

2 위 1의 경우 책임개시일은 암의 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터 적용하며 상피내암의 경우는 계약일로부터 적용합니다. 단, 계약일은 제 1회 보험료를 받은 날로 합니다.

2 . (암의 정의 및 진단확정)

1 위 1.에서 보상하는 "암"이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표 3】"악성신생물 분류표" 참조)을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)와【별표 3】의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(Basal Cell Carcinoma or Squamous Cell carcinoma)은 상기분류에서 제외합니다.

2 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3 . (상피내암의 정의 및 진단확정)

1 위 1.에서 보상하는 "상피내암"이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표 4】"상피내의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

2 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4 . (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

5 . (손해보상후의 계약)

1 회사가 이 특별약관에 따라 암 진단급여금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

6 . (계약연령의 계산)

1 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년 미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.
2 위 1에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계산된 것으로 보고 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 정해진 보험료를 받거나 돌려 드립니다.

7 . (해지된 계약의 부활)

1 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 보험계약자는 해지일로부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 예정이율에 1%를 더한 이율<연 7.0%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
2 계약을 부활하는 경우 보통약관 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용하고, 부활되는 계약의 책임개시는 부활일을 계약일로 하여 이 특별약관 1.의 2의 책임개시일을 다시 적용합니다.

8 . (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

9 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

10 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

5. 뇌혈관질환 진단급여금담보 특별약관

1 . (보상하는 손해)

1 회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.)의 5.의 1 의 ④에도 불구하고 보험기간중 뇌혈관질환 으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 해당액을 뇌혈관질환 진단급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

2 . (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 뇌혈관질환 이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 5(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

3 . (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

4 . (손해보상후의 계약)

회사가 위 1.의 뇌혈관질환 진단급여금을 지급하였을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

5 . (계약연령의 계산)

1 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년 미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.
2 위 1 에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계산된 것으로 보고 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른

정해진 보험료를 받거나 돌려 드립니다.

6 . (해지계약의 부활)

① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 보험계약자는 해지일로부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보험료에 대해서 예정이율에 1%를 더한 이율<연 7.0%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
② 계약 부활에 따른 회사의 책임은 회사의 승인이 있는 날 오후 4시부터 다시 시작됩니다. 이 경우 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용 합니다.

7 . (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

8 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 ①에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

9 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

6. 허혈성심질환 진단급여금담보 특별약관

1 . (보상하는 손해)

① 회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.)의 5.의 ①의 ④에도 불구하고 보험기간중 허혈성심질환으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 해당액을 허혈성심질환 진단급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

2 . (허혈성심질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 허혈성심질환 이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 6(허혈성심질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
② 허혈성심질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등 하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

3 . (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다.

그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소 할 수 있습니다.

4. (손해보상후의 계약)

회사가 위 1.의 허혈성심질환 진단급여금을 지급하였을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

5. (계약연령의 계산)

1 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년 미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.
2 위 1에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계산된 것으로 보고 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 정해진 보험료를 받거나 돌려 드립니다.

6. (해지계약의 부활)

1 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 보험계약자는 해지일로부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보험료에 대해서 예정이율에 1%를 더한 이율<연 7.0%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
2 계약 부활에 따른 회사의 책임은 회사의 승인이 있는 날 오후 4시부터 다시 시작됩니다. 이 경우 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용 합니다.

7. (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

8. (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

7. 암 치료비용담보 특별약관

1. (보상하는 손해)

1 회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약

관(이하『보통약관』이라 합니다.)의 5.의 [1]의 ④에도 불구하고 보험기간중 책임개시일 이후에 아래의 보험사고가 발생하였을 때에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

①피보험자가 암보장 책임개시일 이후에 최초로 암 진단이 확정되고 암(상피내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원("병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다" 이하 같습니다.)하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래의 금액을 입원급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 : 1,000만원 기준)

구 분	입원급여금
암(상피내암 제외)으로 4일 이상 계속 입원시	3일 초과 1일당 10만원

②피보험자가 암보장 책임개시일 이후에 최초로 암 진단이 확정되고 암(상피내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받을 때에는 아래의 금액을 수술 급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다. 단 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 하나의 수술로 간주합니다.

(보험가입금액 : 1,000만원 기준)

구 분	수술급여금
암 으로 수 술 시	수술 1회당 500만원

③피보험자가 암보장 책임개시일 이후에 최초로 암 진단이 확정되고 암(상피내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 121일, 181일 이상 계속 입원하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래의 금액을 장기간병자금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 : 1,000만원 기준)

계속입원일수	장기간병자금
121일째 계속 입원하고 있을때	계속입원일수(121일) 해당일에 500만원 지급
181일째 계속 입원하고 있을때	계속입원일수(181일) 해당일에 500만원 추가지급

[2] 암 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

[3] 이 보험에서 계속입원이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암으로 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 보험기간중에 동일한 암으로 2회 이상 입원하는 경우에도 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나, 동일한 암에 대한 입원이라도 입원급여금, 및 장기간병자금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

[4] 피보험자가 암에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료 되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 위의 입원급여금 및 장기간병자금은 계속 보장하여 드립니다.

[5] 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금 및 장기간병자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니 합니다.

[6] 위 [1]의 경우 책임개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 이 경우 계약일은 제 1회 보험료를 받은 날로 합니다.

[7] 피보험자의 암진단 확정후 암진단 확정과 인과관계가 없는 고지의무위반으로 계약이 해지된 경우에는 암진단 확정일로부터 180일 이내에 발생한 암으로 인한 해당보험금을 지급하여 드리며, 이 경우 계약해지시 이미 지급한 금액은 공제합

니다.

2. (암의 정의 및 진단확정)

1 위 1.에서 보상하는 "암"이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표 3】"악성신생물 분류표" 참조)을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)와【별표 3】의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(Basal Cell Carcinoma or Squamous Cell carcinoma)은 상기분류에서 제외합니다.

2 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3. (입원 및 수술의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원등의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자 (이하 "의사"라 합니다.)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 "암 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며 암 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암으로 진단된 경우에는 이는 암 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 이 보험에서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 위1항에 정한 장소에서 의사의 관리하에 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위를 말합니다.

4. (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소 할 수 있습니다.

5. (계약연령의 계산)

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

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

6. (해지계약의 부활)

1 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 보험계약자는 해지일로부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보험료에 대해서 예정이율에 1%를 더한 이율<연 7.0%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
2 계약을 부활하는 경우 보통약관 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용하고, 부활되는 계약의 책임개시는 부활일을 계약일로 하여 이 특별약관 1.의 6의 책임개시일을 다시 적용합니다.

7. (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

8. (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

8. 7대질병 치료비용담보 특별약관

1. (보상하는 손해)

1 회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.)의 5.의 1의 ④에도 불구하고 보험기간중 아래의 보험사고가 발생하였을 때에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.
①피보험자가 최초로 7대질병 진단이 확정되고 7대질병 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원(“병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다” 이하 같습니다.)하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래의 금액을 입원급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 : 1,000만원 기준)

구 분	입원급여금
7대질병으로 4일 이상 계속 입원시	3일 초과 1일당 3만원

②피보험자가 최초로 7대질병 진단이 확정되고 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받을 때에는 아래의 금액을 수술 급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다. 단 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 하나의

수술로 간주합니다.

(보험가입금액 : 1,000만원 기준)

구 분	수술급여금
7대질병으로 수 술 시	수술 1회당 200만원

③피보험자가 최초로 7대질병 진단이 확정되고 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 121일, 181일 이상 계속 입원하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래의 금액을 장기간병자금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 : 1,000만원 기준)

계속 입원 일수	장 기 간 병 자 금
121일째 계속 입원하고 있을때	계속입원일수(121일) 해당일에 500만원 지급
181일째 계속 입원하고 있을때	계속입원일수(181일) 해당일에 500만원 추가지급

2 7대질병 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

3 이 보험에서 계속입원이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 7대질병으로 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 보험기간중에 동일한 7대질병으로 2회 이상 입원하는 경우에도 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나, 동일한 7대질병에 대한 입원이라도 입원급여금 및 장기간병자금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

4 피보험자가 7대질병으로 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료 되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 위의 입원 급여금 및 장기간병자금은 계속 보장하여 드립니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금 및 장기간병자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니 합니다.

2 . (7대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 7대질병이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류표에 있어서【별표 7(7대질병 분류표)】에서 정한 질병을 말하며 피보험자가 남성인 경우에만 가입이 가능합니다.

① 위 1 에서의 “심질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스성 심질환, 허혈성심질환, 폐성 심장질환 및 폐순환 질환, 기타형태의 심장질환으로 분류되는 질병【별표 7(7대질병 분류표)중 심장질환 참조】을 말합니다.

② 위 1 에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 대뇌혈관 질환으로 분류되는 질병【별표 7(7대질병 분류표)중 뇌혈관질환 참조】을 말합니다.

③ 위 1 에서의 “간질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병【별표 7(7대질병 분류표)중 간질환 참조】을 말합니다.

④ 위 1 에서의 “고혈압”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 고혈압성 질환으로 분류되는 질병【별표 7(7대질병 분류표)중 고혈압 참조】을 말합니다.

⑤ 위 1 에서의 “당뇨병”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 당뇨병으로 분류되는 질병【별표 7(7대질병 분류표)중 당뇨병 참조】을 말합니다.

⑥ 위 1 에서의 “만성 호흡기질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 천식, 천식지속상태로 분류되는 질병【별표 7(7대질병 분류표)중 만성 호흡기질환 참조】을 말합니다.

⑦ 위 1 에서의 “위궤양 및 십이지장궤양”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병【별표 7(7대질병 분류표)중 위궤양 및 십이지장궤양질환 참조】을 말합니다.

2 위 1의 “7대질병” 의 진단확정은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

3 . (입원 및 수술의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원등의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 7대질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 “7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 7대질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며 7대질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 7대질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 7대질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 7대질병으로 진단된 경우에는 이는 7대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 이 보험에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 7대질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 위1항에 정한 장소에서 의사의 관리하에 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위를 말합니다.

4 . (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소 할 수 있습니다.

5 . (계약연령의 계산)

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

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

6 . (해지계약의 부활)

1 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 보험계약자는 해지일로부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보험료에 대해서 예정이율에 1%를 더한 이율<연 7.0%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.

2 계약 부활에 따른 회사의 책임은 회사의 승인이 있는 날 오후 4시부터 다시 시작됩니다. 이 경우 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용 합니다.

7 . (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

8 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

9 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

9. 여성질병치료비용담보 특별약관

1 . (보상하는 손해)

1우리 회사(이하『회사』라 합니다)는 보험증권에 기재된 피보험자가 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.)의 5.의 1의 ④에도 불구하고 보험기간중 아래의 보험사고가 발생하였을 때에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

① 피보험자가 최초로 여성관련질병으로 진단이 확정되고 여성관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원(“병원 또는 의원등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다” 이하 같습니다)하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래의 금액을 입원급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 : 1,000만원기준)

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

② 피보험자가 최초로 여성관련질병으로 진단이 확정되고 여성관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받을 때에는 아래의 금액을 수술급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다. 단 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술급여금만

을 지급합니다

(보험가입금액 : 1,000만원기준)

구 분	수술급여금
여성특정질병으로 수술시	수술 1회 당 200 만원
여성만성질병으로 수술시	수술 1회 당 100 만원
부인과질병으로 수술시	수술 1회 당 50 만원

③ 피보험자가 최초로 여성관련질병으로 진단이 확정되고 여성관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 121일, 181일이상 계속 입원하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래의 금액을 장기간병자금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 : 1,000만원기준)

계속입원일수		장기간병자금
여성특정질병으로 입원시	121일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(121일) 해당일에 500만원 지급
	181일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(181일) 해당일에 500만원 추가지급
여성만성질병으로 입원시	121일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(121일) 해당일에 200만원 지급
	181일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(181일) 해당일에 300만원 추가지급
부인과질병으로 입원시	121일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(121일) 해당일에 200만원 지급
	181일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(181일) 해당일에 300만원 추가지급

2 위 1.1. ①의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

3 이 보험에서 계속입원이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 여성관련질병으로 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 보험기간중에 동일한 여성관련질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 여성관련질병에 대한 입원이라도 입원급여금 및 장기간병자금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

4 피보험자가 여성관련질병으로 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 위의 입원급여금 및 장기간병자금은 계속 보장하여 드립니다.

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

2. (여성관련질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "여성관련질병"이라 함은 여성특정질병, 부인과질병 및 여성만성질병을 말합니다. 여기서 "여성특정질병, 부인과질병 및 여성만성질병"이라 함은 각각 제3차 한국표준질병사인분류중 【별표8】"여성특정질병 분류표",

【별표9】“부인과질병 분류표” 및 【별표10】“여성만성질병분류표”에서 정한 질병을 말하며 피보험자가 여성인 경우에만 가입이 가능합니다.
2위 1의 “여성관련질병”의 진단확정은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

3 . (입원 및 수술의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서 “ 입원 ” 이라 함은 병원 또는 의원등의 의사, 치과의사의 자격을 가진자 (이하 “ 의사 ” 라 합니다)에 의하여 여성관련질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관) 제 2항에 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 보험에서 “여성관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 여성관련질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며 여성관련질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 여성관련질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 여성관련질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 여성관련질병으로 진단된 경우에는 이는 여성관련질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
3 이 보험에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 여성관련질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 위 1에 정한 장소에서 의사의 관리하에 여성관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위를 말합니다.

4 . (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

5 . (계약연령의 계산)

1 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년 미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.
2 위 1에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계산된 것으로 보고 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 정해진 보험료를 받거나 돌려 드립니다.

6 . (해지된 계약의 부활)

계약의 부활은 보통약관 16.을 따릅니다. 계약을 부활하는 경우 보통약관 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용합니다.

7. (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

8. (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

10. 가정관리비담보 특별약관

1. (보상하는 손해)

1 우리회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중에 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관 (이하『보통약관』이라 합니다.) 3.에서 정한 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)에 입원하여 치료를 받는 경우 하나의 상해 또는 질병에 대해 입원 기간에 따라 아래의 금액을 가정관리비로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 20만원 기준)

입원기간	7일이상~20일이하	21일이상
지급금액	10만원	20만원

2 위 1의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

3 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 다만 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우라도 가정관리비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

4 위 1, 3에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병 또는 상해를 동시에 치료하는 경우에도 회사의 보상액은 위 1에 정한 금액을 한도로 합니다.

5 가정관리비담보 특별약관은 피보험자가 여성인 경우에만 가입이 가능합니다.

2. (보상하지 아니하는 손해)

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

① 보통약관 5.에 정한 사항 (단, 5.의 ④,⑤는 아래 ②,③으로 대체합니다.)

② 피보험자의 심신상실, 정신적 기능장해 및 선천성 뇌질환

③ 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

④ 성병

⑤ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑥ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제80조 및 건설기계관리법 제26조에서 정한 무면허상태 또는 도로교통법 제41조에 정한 음주상태에서 운전하던중 사고를 일으킨때

2 회사는 위 1의 손해 외에 아래의 손해도 보상하여 드리지 아니합니다.
① 상해나 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환. 다만. 상해로 인한 치과진료시는 보상하여 드립니다.

3 . (계약연령의 계산)

1 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.
2 위 1에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계약된 것으로 보고, 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

4 . (해지된 계약의 부활)

계약의 부활은 보통약관 16.을 따릅니다. 계약을 부활하는 경우 보통약관 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용하고, 이 특별약관 1.의 2의 책임개시일을 다시 적용합니다.

5 . (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

6 . (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

7 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

8 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

11. 질병사망담보 특별약관

1. (보상하는 손해)

1 우리 회사(이하『회사』라 합니다)는 보험증권에 기재된 피보험자가 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.) 5.의 1의 ④에도 불구하고 책임개시일 이후에 질병으로 인하여 보험기간중에 사망하거나 3에서 정한 장해상태가 되었을 경우에는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

2 위 1의 경우 책임개시일은 계약일로부터 적용하며, 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만, 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드리며 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 장해의 정의는 아래와 같습니다.

① 두 눈의 시력을 완전 영구히 잃었을 때

② 말 또는 씹어먹는 기능을 완전영구히 잃었을 때

③ 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때

④ 흉·복부 장기에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때

⑤ 두 팔의 손목 이상을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 된 때

⑥ 두 다리의 발목 이상을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 된 때

⑦ 한 팔의 손목이상을 잃고, 한 다리의 발목이상을 잃었을 때

⑧ 한 팔을 손목이상을 잃고, 한다리를 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때

⑨ 한다리의 발목이상을 잃고, 한팔을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때

다만, 위의 장해상태가 확정되지 아니한 경우에는 사고일로부터 180일이 지난 날 현재의 장해 상태의 진단을 기준으로 합니다.

2. (보험계약의 무효)

회사는 보통약관 12.에서 정한 사항 이외에 계약체결시 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우에는 이 계약은 무효로 합니다.

3. (계약연령의 계산)

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

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

3 피보험자의 연령이 15세에 해당되는지의 여부는 만 연령으로 계산됩니다.

4. (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

5. (해지된 계약의 부활)

계약의 부활은 보통약관 16.을 따릅니다. 계약을 부활하는 경우 보통약관 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용하고, 이 특별약관 1.의 [2]의 책임개시일을 다시 적용합니다.

6. (손해보상후의 계약)

회사가 위 1.의 질병사망보험금을 지급하였을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

7. (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

8. (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 [1]에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

12. 간병비용담보 특별약관

1. (보상하는 손해)

[1] 우리회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중에 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관 (이하『보통약관』이라 합니다.) 3.에서 정한 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병 원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 31일이상 입원하여 치료를 받는 경우 하나의 상해 또는 질병에 대해 30일초과 입원일당 180일을 한도로 보험증권에 기재된 일당액을 간병비용으로 지급하여 드립니다.

[2] 위 [1]의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

[3] 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 다만 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우라도 간병비용이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경

과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
4 위 1, 3에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병 또는 상해를 동시에 치료하는 경우에도 회사의 보상액은 위 1에 정한 금액을 한도로 합니다.

2 . (보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 보통약관 5.에 정한 사항 (단, 5.의 ④,⑤는 아래 ②,③으로 대체합니다.)
② 피보험자의 심신상실, 정신적 기능장해 및 선천적 뇌질환
③ 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
④ 성병
⑤ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑥피보험자가 도로교통법 제40조, 제80조 및 건설기계관리법 제26조에서 정한 무면허상태 또는 도로교통법 제41조에 정한 음주상태에서 운전하던중 사고를 일으킨때

2 회사는 위 1의 손해 외에 아래의 손해도 보상하여 드리지 아니합니다.
① 상해나 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환. 다만, 상해로 인한 치과진료시는 보상하여 드립니다.

3 . (계약연령의 계산)

1 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.
2 위 1에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계약된 것으로 보고, 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

4 . (해지된 계약의 부활)

계약의 부활은 보통약관 16.을 따릅니다. 계약을 부활하는 경우 보통약관 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용하고, 이 특별약관 1.의 2의 책임개시일을 다시 적용합니다.

5 . (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

6. (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

7. (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

13. 소득보상금담보 특별약관

1. (보상하는 손해)

1 우리회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중에 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관 (이하『보통약관』이라 합니다.) 3.에서 정한 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 181일이상 입원하여 치료를 받는 경우 하나의 상해 또는 질병에 대해 소득보상금으로 보험가입금액의 10%해당액을 사고발생일부터 12개월간 매월 확정 지급하여 드립니다.
2 위 1의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.
3 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 다만 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우라도 소득보상금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
4 위 1, 3에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병 또는 상해를 동시에 치료하는 경우에도 회사의 보상액은 위 1에 정한 금액을 한도로 합니다.

2. (보상하지 아니하는 손해)

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

① 보통약관 5.에 정한 사항 (단, 5.의 ④,⑤는 아래 ②,③으로 대체합니다.)
② 피보험자의 심신상실, 정신적 기능장해 및 선천성 뇌질환
③ 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
④ 성병
⑤ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑥피보험자가 도로교통법 제40조, 제80조 및 건설기계관리법 제26조에서 정한 무면허상태 또는 도로교통법 제41조에 정한 음주상태에서 운전하던중 사고를 일으킨때

2 회사는 위 1의 손해 외에 아래의 손해도 보상하여 드리지 아니합니다.

① 상해나 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환. 다만. 상해로 인한 치과진료시는 보상하여 드립니다.

3 . (계약연령의 계산)

1 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.
2 위 1에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계약된 것으로 보고, 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

4 . (해지된 계약의 부활)

계약의 부활은 보통약관 16.을 따릅니다. 계약을 부활하는 경우 보통약관 1., 4. 및 6.의 규정을 다시 적용하고, 이 특별약관 1.의 2의 책임개시일을 다시 적용합니다.

5 . (계약취소권 등의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지권 또는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

6 . (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

7 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 1에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

8 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

14. 제왕절개 수술담보 특별약관

1 . (보상하는 손해)

[1] 우리 회사(이하『회사』라 합니다)는 보험증권에 기재된 피보험자가 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관(이하『보통약관』이라 합니다.) 5.의 [1]의 ④에도 불구하고 보험기간중 책임개시일 이후부터 만 41세 계약해당일의 전일까지 완전 정상분만이 불가능하여 제왕절개만출술의 수술을 받은 경우 수술 1회당 보험증권에 기재된 금액을 제왕절개수술비로 지급하여 드립니다.
[2] 위 [1]의 경우 책임개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 7개월이 지난날의 다음날로 하며, 이 경우 계약일은 제 1회 보험료를 받은 날로 합니다.

2 . (피보험자의 범위)

이 계약에 있어서 피보험자는 보험계약 체결 전 이미 제왕절개만출술의 수술을 받은 경험이 없는 경우에 한합니다.

3 . (수술의 정의와 장소)

이 계약에 있어서 "수술" 이라 함은 병원 또는 의원등의 의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다.) 에 의하여 완전 정상분만을 할 수 없다는 의사의 진단에 따라 제왕절개만출술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 제왕절개만출술의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위를 말합니다.

4 . (계약내용의 변경)

보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험계약자를 변경할 수 있습니다.

5 . (보통약관과의 관계)

보통약관 31.의 [1]에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

6 . (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 20.에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

15. 보험료 자동납입 특별약관

1 . (보험료의 납입)

계약자는 제 2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

2 . (보험료의 영수)

자동납입 일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하

고 매월 회사가 정하는 날중 보험계약자가 희망하는 일자로 합니다.

3 . (계약후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

4 . (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

가. 초회보험료자동납입 추가특별약관

1 . (보험료의 납입)

1 보험계약자(이하 『계약자』라 합니다)는 제1회 보험료를 이 추가특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
2 위 1의 경우에 우리회사(이하 『회사』라 합니다)는 청약서를 접수한 날로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융기관의 해당 계좌에서 제1회 보험료를 받고 보험증권을 교부합니다.

2 . (보험기간)

이 추가특별약관이 첨부된 계약의 보험기간 첫날은 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 제 1회 보험료를 자동납입한 날로 합니다.

3 . (계약후의 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

4 . (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 의료건강보험(Ⅱ) 보통약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

16. 신용카드 이용 보험료납입 특별약관

1 . (적용범위)

우리 회사(이하 『회사』라 합니다)는 이 특별약관에 따라 신용카드회사(이하 『카드회사』라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초년도 보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점 계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

2 . (보험료의 영수)

회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하고 카드회사의 승인을 받는 시점을 보험료의 영수시점으로 봅니다.

3. (사고카드계약)

① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 책임개시일로부터 그 효력을 상실합니다.
② 위 ①의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지된 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

17. 세금우대종합저축 적용 특별약관

1. (보험계약자의 범위)

이 특별약관의 보험계약자(이하 『계약자』라 합니다)는 소득세법 제1조 제1호의 규정에 의한 거주자에 한합니다.

2. (세금우대 요건)

① 이 특별약관에 의해 가입할 수 있는 보험계약(이하『계약』이라 합니다)은 다음의 요건을 모두 갖추어야 합니다.
1. 계약 청약시에 세금우대종합저축으로 신청하여야 합니다.
2. 계약일부터 해지일 또는 만기일까지의 기간(이하『계약유지기간』이라 합니다) 이 1년이상이어야 합니다.
② 계약유지기간이 1년미만인 경우 세금우대종합저축에 대한 원천징수 특례를 적용하지 아니합니다.

3. (세금우대등록)

위 2.에 의해 계약자가 세금우대종합저축으로 신청한 경우 우리회사 (이하『회사』라 합니다)에서는 조세특례제한법 및 동법 시행령에서 정한 바에 따라 세금우대종합저축으로 등록하여 드립니다.

4. (가입한도)

① 세금우대종합저축으로 가입하는 경우에 납입할 보험료 총액은 전 금융기관의 세금우대종합저축을 포함하여 1인당 4,000만원을 초과할 수 없습니다. 다만, 미성년자(만20세 미만)인 경우에는 1,500만원, 만60세(여자는 만55세) 이상인 자 와 장애인(미성년자 포함) 및 상이자인 경우에는 6,000만원을 초과할 수 없습니다.

<용어풀이>
장애인 및 상이자라 함은 장애인복지법 제29조의 규정에 의하여 등록한 장애인 또는 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제6조의 규정에 의하여 등록한 상이자로서 장애인등록증 또는 국가유공자증 등에 의하여 장애인 또는 상이자임이 확인된 자

2 이 계약에서 발생한 이자 및 배당금, 환급금등은 1인당 가입한도 계산에 포함하지 아니합니다.
3 세금우대종합저축의 계약금액은 이 계약에서 정한 보험료 합계액중 일부만을 정할 수 없습니다.
4 계약자와 수익자가 다른 경우에는 수익자를 기준으로 위 1의 가입한도를 적용합니다.

5. (가입한도 산정방법)

1 일시납계약의 경우에는 일시납보험료 총액으로 합니다.
2 연납 및 분할납보험료의 경우에는 보험기간중 납입할 보험료 총액으로 합니다.

6. (한도변경)

이 특별약관에서 정한 세금우대종합저축 가입한도를 증액 또는 감액 등 변경하고자할 경우에는 회사에 서면으로 가입한도 변경을 신청하여야 합니다.

7. (세금우대 처리)

이 계약에서 발생하는 이자소득은 조세특례제한법 등에서 정한 원천징수세율로 과세합니다.

8. (표시방법)

회사는 이 특별약관에 따라 세금우대종합저축으로 계약이 체결된 경우에는 보험증권의 표지 등에 「세금우대종합저축」이라는 문구를 표시하여 드립니다.

9. (특별중도 해지)

이 특별약관 제2조의 규정에도 불구하고 다음의 요건중 하나에 해당하는 경우에는 계약유지기간이 1년미만인 경우에도 제7조의 규정을 적용합니다.
1. 계약자의 사망 · 해외이주
2. 천재 · 지변
3. 계약자의 퇴직
4. 사업장의 폐업
5. 계약자의 3개월이상의 입원치료 또는 요양을 요하는 상해 · 질병의 발생
6. 저축취급기간의 영업의 정지, 영업인가 · 허가취소, 해산결의 또는 파산

10. (세금우대자료의 정보제공)

1 회사는 조세특례제한법등에서 정한 바에 따라 가입자별 세금우대종합저축 자료를 세금우대저축 자료집중기관에 제출하고 다른 금융기관에 가입한 세금우대종합저축의 총액을 조회할 수 있습니다.

2 회사는 계약자(수익자포함)가 세금우대종합저축에 관한 금융기관별 가입내역 등 세부내역을 서면으로 요청하는 경우 계약자(수익자포함)에게 알려줄 수 있습니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 이 상품의 보험보통약관 및 특별약관, 조세특례제한법 및 동시행령 등 법령에서 정하는 바에 따릅니다.

[별표 2] 후유장해 지급율표

후 유 장 해 의 종 류	지 급 율
	해당보험가입금액에 대한 %임.
1. 눈(眼)의 장해	
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	60
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	34
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	26
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	20
6) 한 눈의 교정시력이 0.6 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 조절기능장해나 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나(정상시야의 60% 이하) 반맹증, 또는 시야협착을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 때	15
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	10
2. 귀(耳)의 장해	
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	30
3) 한 귀의 청력이 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아 듣지 못할 때	20
4) 한 귀의 청력이 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못할 때	5
5) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
3. 코(鼻)의 장해	
1) 코의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
4. 씹거나 말하는 기능의 장해	
1) 씹거나 말하는 기능을 완전히 잃었을 때	100
2) 씹거나 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	35
3) 씹거나 말하는 기능에 장해를 남긴 때	15
4) 이에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
5) 이에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
6) 이에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

후 유 장 해 의 종 류	지 급 율
5. 외모(얼굴 · 머리 · 목)의 추상장해	
1) 외모에 뚜렷한 추상을 남긴 때	15
2) 외모에 추상을 남긴 때	5
6. 등뼈의 장해	
1) 등뼈에 고도의 기형이나 고도의 운동장해를 남긴 때	40
2) 등뼈에 중등도의 운동장해를 남긴 때	30
3) 등뼈에 중등도의 기형을 남긴 때	20
4) 등뼈에 경도의 기형이나 경도의 운동장해를 남긴 때	10
5) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
6) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10
7) 고도의 추간반탈출증	20
8) 중등도의 추간반탈출증	15
9) 경도의 추간반탈출증	10
7. 팔 또는 다리의 장해	
1) 두 팔의 손목이상이나 두 다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상이나 한 다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 두 팔 또는 두 다리의 기능을 완전히 잃었을 때	100
4) 한 팔 또는 한 다리의 기능을 완전히 잃었을 때	50
5) 한 팔 또는 한 다리의 3대 관절중 2관절 이상의 기능을 완전히 잃었을 때	50
6) 한 팔 또는 한 다리의 3대 관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
7) 한 팔 또는 한 다리의 3대 관절중 2관절 이상의 기능에 고도의 장해를 남긴 때	40
8) 한 팔 또는 한 다리의 3대 관절중 1관절 이상의 기능에 고도의 장해를 남긴 때	20
9) 한 팔 또는 한 다리의 3대 관절중 2관절 이상의 기능에 중등도의 장해를 남긴 때	20
10) 한 팔 또는 한 다리의 3대 관절중 1관절 이상의 기능에 중등도의 장해를 남긴 때	10
11) 한팔 또는 한다리의 3대 관절중 2관절의 기능에 경도의 장해를 남긴 때	10
12) 한팔 또는 한다리의 3대 관절중 1관절의 기능에 경도의 장해를 남긴 때	5
13) 한 팔 또는 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴때	40
14) 한 팔 또는 한 다리에 가관절이 남아 장해를 남긴때	30
15) 한 팔 또는 한 다리의 뼈에 기형을 남긴때	10
16) 한 다리가 5cm이상 짧아진 때	34
17) 한 다리가 3cm이상 짧아진 때	20
18) 한 다리가 1cm이상 짧아진 때	7

후유장해의 분류	지 급 율
8. 손가락의 장해	
1) 두 손의 손가락을 모두 잃었을 때	100
2) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	52
3) 한 손의 첫째 손가락을 손가락 관절보다 윗쪽에서 잃었을때	20
4) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 둘째마디관절보다 윗쪽에서 잃었을 때(1손가락 마다)	8
5) 한 손의 5개 손가락 모두에 손가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
6) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
7) 한 손의 첫째 손가락 이외에 손가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때 (1손가락 마다)	5
9. 발(가락)의 장해	
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	42
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락의 발가락관절보다 윗쪽에서 잃었을때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 둘째마디 관절보다 윗쪽에서 잃었을 때(1발가락 마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두에 발가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락에 발가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락 마다)	3
10. 흉·복부장기의 장해	
1) 흉·복부장기의 기능에 극심한 장해가 남아 평생토록 항상 곁에서 돌봄을 요하는 때	100
2) 흉·복부장기의 기능에 심한 장해가 남아 평생토록 수시로 곁에서 돌봄을 요하는 때	75
3) 흉·복부장기의 기능에 중등도의 장해가 남아 일상생활의 기본동작에 제한을 받게된 때	50
4) 흉·복부장기의 기능에 장해가 남아 일상생활의 기본동작에 제한을 받게된 때	25
5) 흉·복부장기의 기능에 장해가 남을 때	10
6) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 잃었을 때	42
7) 비장 또는 한쪽 콩팥을 잃었을 때	34
8) 생식기에 뚜렷한 장해를 남긴 때	26

후 유 장 해 의 종 류	지 급 율
11. 정신 · 신경계통의 장해	
1) 정신 · 신경계통의 기능에 극심한 장해가 남아 혼자서는 생명유지를 위한 기본동작 · 기능을 전혀 할 수 없어 항상 개호를 요하거나 지속적인 감금상태에서 생활해야 할 때	100
2) 사지, 반신 또는 하반신이 완전 마비된 때	100
3) 정신 · 신경계통의 기능에 심한 장해가 남아 혼자서는 생명 유지를 위한 기본동작 · 기능에 상당한 제한이 있거나 감금 상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 개호 내지는 감시를 요할 때	75
4) 정신 · 신경계통의 기능에 중등도의 장해가 남아 일상생활의 기본동작 및 기능에 상당한 지장을 초래한 때	50
5) 정신 · 신경계통의 기능에 경도-중등도의 장해가 남아 일상생활의 기본적인 동작 혹은 기능은 할 수 있으나 고등정신기능 혹은 정교한 작업을 하는데는 상당한 지장이 있게 된 때	25
6) 정신 · 신경계통의 기능에 경도의 장해가 남아 통상적인 생활은 할 수 있으나 고등정신기능 혹은 정교한 작업을 하는데 다소의 지장이 있게 된 때	10

주) 1. 위 후유장해의 종류 및 지급율에 관한 세부사항은 약관의 내용과 다르게 해석되지 않는 한「상해보험 후유장해 산정기준」에 따릅니다.
2. 이 보험의 후유장해 지급율은 산재보험 및 자동차보험 등 타 보험에서 적용하는 후유장해 지급율과는 무관하게 적용됩니다.
3. 각 관절운동의 정상각도 및 측정방법은 미국의학협회(A.M.A)의 「영구적 신체장해 평가지침」의 규정에 따릅니다.
4. 지급율 : 사망,후유장해 보험가입금액에 대한 %임.

< 용 어 풀 이 >

1. 귓바퀴의 결손
귓바퀴의 연골부의 ½이상 결손된 경우

2. 이의 결손
치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 ⅓이상 파절된 경우

3. 외모(얼굴, 머리, 목)의 추상장해
추상장해란 성형 수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상을 말합니다.
가. 외모의 뚜렷한 추상
1) 얼굴
①손바닥 반 크기 이상의 추상
②길이 10㎝ 이상의 추상 반흔
③직경 5㎝ 이상의 조직 함몰
2) 머리
①손바닥 크기 이상의 반흔 및 모발결손
②두개골의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목
손바닥 크기 이상의 추상

나. 외모의 추상
1) 얼굴
①손바닥 ¼ 크기 이상의 추상
②길이 5㎝ 이상의 추상 반흔
③직경 2㎝ 이상의 조직 함몰
2) 머리
①손바닥 ½ 크기 이상의 반흔 및 모발결손
②두개골의 손바닥 ½ 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 ½ 크기 이상의 추상

4. 등뼈의 장해
등뼈의 장해는 사고와 인과관계가 있는 부분만 보상합니다.
1) 고도의 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 350 이상의 전만증 또는 200 이상 측만 변형된 경우
2) 중등도의 기형
골절 또는 탈구 등으로 인하여 150 이상의 전만증 또는 100 이상 측만 변형된 경우
3) 경도의 기형
1개 이상의 척추의 골절로 인한 경도의 전만증 또는 측만 변형된 경우
4) 고도의 운동장해
척추체에 2분절 이상의 척추 고정술을 시행하고 척추운동범위가 정상범위의 ¼ 이하로 제한 된 때
5) 중등도의 운동장해
①척추체에 2분절 이상의 척추 고정술을 시행하고 척추운동범위가 정상범위의 ½ 이하로 제한된 때
②두개골과 상위경추(제 1, 2 경추)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
6) 경도의 운동장해
척추체에 골절 등으로 척추운동범위가 정상범위의 ¾ 이하로 제한된 때
7) 고도의 추간반탈출증
추간반을 2마디 이상 수술 또는 하나의 추간반에 2번 이상 수술로 고도의 신경증상이 남은 경우
8) 중등도의 추간반탈출증
추간반 1마디 수술로 신경증상이 뚜렷하고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
9) 경도의 추간반탈출증
의학적으로 추간반 병변이 확인되고 하지방사통 또는 감각 이상이 있는 경우

5. 팔, 다리의 1관절기능 장해
1) 기능을 완전히 잃었을 때
완전강직 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
2) 고도의 장해
관절운동범위가 정상범위의 ¼ 이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 15㎜ 이상의 동요 관절이 있는 경우
3) 중등도의 장해
관절운동범위가 정상범위의 ½ 이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 10㎜

이상의 동요 관절이 있는 경우

4) 경도의 장해
관절운동범위가 정상범위의 ¾ 이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 5㎜ 이상의 동요관 절이 있는 경우

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

7. 손 · 발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때
1) 첫째 손 · 발가락의 지관절, 다른 네 손 · 발가락의 제2관절로부터 하부 즉, 선단에서 손 · 발가락뼈를 잃은 경우
2) 손 · 발가락의 관절운동범위(첫째 손 · 발가락 이외의 손 · 발가락은 제 1, 2지관절의 굴신운동범위의 합산)가 정상범위의 ½ 이하가 되었을 때

8. 흉 · 복부장기의 장해
1) 기능에 극심한 장해가 남아 평생토록 항상 곁에서 돌봄을 요하는 때
침상을 벗어나지 못하는 정도로 생명유지를 위한 일상생활의 기본동작을 전적으로 타인의 돌봄에 의존하는 것
2) 기능에 심한 장해가 남아 평생토록 수시로 곁에서 돌봄을 요하는 때
타인의 돌봄을 받아 식사, 배뇨 및 배변, 근거리 내의 보행 등 단시간 침상을 떠나는 것이 가능한 경우
3) 기능에 중등도의 장해가 남아 일상생활의 기본동작에 제한을 받게 된 때
일상생활의 기본동작 중 이동동작 제한으로 이동시 타인의 돌봄이나 보조수단(휠체어 등)이 필요한 경우
4) 기능에 장해가 남아 일상생활의 기본동작에 제한을 받게된 때
일상생활의 기본동작 중 하나 이상에 제한은 있으나 타인의 돌봄이 필요하지 않은 때
5) 기능에 장해가 남은 때
흉 · 복부 장기의 기능장해가 명확하여 노동에 지장이 있을 때
6) 생식기에 뚜렷한 장해를 남긴 때
음경의 ½ 이상 상실, 자궁전적출술, 흉터로 인한 질구의 협착 등으로 성교불가능인 때
7) 일상생활의 기본동작
①이동동작
②음식물 섭취동작
③옷입고 벗기 동작
④대소변의 배설 후 뒷처리
⑤목욕 및 세면

9. 사지, 반신 또는 하반신이 완전마비된 때
1) 사지의 완전마비
사지 기능의 전폐
2) 반신의 완전마비
동측(同側)의 상하지의 운동마비, 즉 같은 쪽의 1하지와 1상지의 기능 전폐
3) 하반신의 완전마비
양측 하지기능 전폐, 방광기능 전폐, 직장조절불능, 성기능 등이 모두 전폐된 경우

[별표 3]

악성신생물 분류표

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

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

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

[별표 4]

상피내의 신생물 분류표

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

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

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

[별표 5]

뇌혈관질환 분류표

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

【대상질병】

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색(증)	I63
5. 출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않는 졸중	I64
6. 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
7. 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
8. 기타 대뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 대내혈관 장애	I68
10. 대내혈관 질환의 후유증	I69

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

[별표 6]

허혈성심질환 분류표

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

【대상질병】

대 상 질 병	분류코드
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 속발성 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장질환	I25

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

[별표 7]

7대 질병 분류표

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

	대상질병	분류번호
심질환	[급성 류마티스 열]	
	· 심장 침습이 없는 류마티스 열	I00
	· 심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스성 무도병	I02
	[만성 류마티스성 심질환]	
	· 류마티스성 승모판 질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판 질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판 질환	I07
	· 다발성 판막 질환	I08
	· 기타 류마티스성 심장 질환	I09
	[허혈성 심장 질환]	
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 속발성 심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	· 만성 허혈성 심장 질환	I25
	[폐성 심장 질환 및 폐순환 질환]	
	· 폐 색전증	I26
	· 기타 폐성 심장 질환	I27
	· 기타 폐혈관의 질환	I28
	[기타 형태의 심장질환]	
	· 급성 심낭염	I30
	· 기타 심낭의 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판 장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	· 폐동맥판 장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막 장애	I39
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	· 기타 전도 장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심장세동 및 조동	I48
	· 기타 심장성 부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장 질환의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52

	대상질병	분류번호
뇌혈관질환	[대뇌혈관 질환]	
	· 거미막하 출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두 개내 출혈	I62
	· 뇌경색(증)	I63
	· 출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증	I64
	· 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전 동맥의 폐색 및 협착	I65
	· 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌 동맥의 폐색 및 협착	I66
	· 기타 대뇌혈관 질환	I67
	· 달리 분류된 질환에서의 대뇌혈관 장애	I68
	· 대뇌혈관 질환의 후유증	I69
간질환	· 바이러스 간염	B15-B19
	· 알콜성 간질환	K70
	· 독성간질환	K71
	· 달리분류되지않는 간부전	K72
	· 달리분류되지않는 만성간염	K73
	· 간의섬유증 및 간경변	K74
	· 기타염증성 간질환	K75
	· 간의 기타질환	K76
	· 미분류 간장애(바이러스성간염, 간육아종)	K77
고혈압	· 본태성(원발성)고혈압	I10
	· 고혈압성 심장질환	I11
	· 고혈압성 신장질환	I12
	· 고혈압성 심장 및 신장질환	I13
	· 속발성 고혈압	I15
당뇨병	· 인슐린-의존성 당뇨병	E10
	· 인슐린-비의존성 당뇨병	E11
	· 영양실조와 관련 당뇨병	E12
	· 기타명시된 당뇨병	E13
	· 상세불명의 당뇨병	E14
만성호흡기질환	· 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	· 단순성 및 점액농성 기관지염	J41
	· 상세불명의 만성기관지염	J42
	· 천식	J45
	· 천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	· 위궤양	K25
	· 십이지궤양	K26
	· 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

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

[별표 8]

여성 특정 질병분류표

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

	대상질병	분류번호
심질환	[급성 류마티스 열]	
	· 심장 침습이 없는 류마티스 열	I00
	· 심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스성 무도병	I02
	[만성 류마티스성 심질환]	
	· 류마티스성 승모판 질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판 질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판 질환	I07
	· 다발성 판막 질환	I08
	· 기타 류마티스성 심장 질환	I09
	[허혈성 심장 질환]	
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 속발성 심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	· 만성 허혈성 심장 질환	I25
	[폐성 심장 질환 및 폐순환 질환]	
	· 폐 색전증	I26
	· 기타 폐성 심장 질환	I27
	· 기타 폐혈관의 질환	I28
	[기타 형태의 심장질환]	
	· 급성 심낭염	I30
	· 기타 심낭의 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판 장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	[기타 형태의 심장질환]	
	· 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	· 폐동맥판 장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	I39
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	· 기타 전도 장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심장세동 및 조동	I48
	· 기타 심장성 부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장 질환의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52

뇌혈관질환	[대뇌혈관 질환] · 거미막하 출혈 · 뇌내출혈 · 기타 비외상성 두 개내 출혈 · 뇌경색(증) · 출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증 · 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전 동맥의 폐색 및 협착 · 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌 동맥의 폐색 및 협착 · 기타 대뇌혈관 질환 · 달리 분류된 질환에서의 대뇌혈관 장애 · 대뇌혈관 질환의 후유증	 I60 I61 I62 I63 I64 I65 I66 I67 I68 I69
고혈압	· 본태성(원발성)고혈압 · 고혈압성 심장질환 · 고혈압성 신장질환 · 고혈압성 심장 및 신장질환 · 속발성 고혈압	I10 I11 I12 I13 I15
당뇨병	· 인슐린-의존성 당뇨병 · 인슐린-비의존성 당뇨병 · 영양실조와 관련 당뇨병 · 기타 명시된 당뇨병 · 상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
위궤양 및 십이지장 궤양	· 위궤양 · 십이지궤양 · 상세불명 부위의 소화성 궤양	 K25 K26 K27
신부전	· 신부전	N17 N19

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

[별표 9]

부인과 질병 분류표

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

대상질병	분류번호
[상피내의 신생물]	
· 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
· 기타 및 상세불명의 소화 기관의 상피내 암종	D01
· 중이 및 호흡기계의 암종	D02
· 상피내의 흑색종	D03
· 피부의 상피내 암종	D04
· 유방의 상피내 암종	D05
· 자궁경관의 상피내 암종	D06
· 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
· 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09
[양성신생물]	
· 양성신생물	D10-D36
· 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37-D48
[유방의 장애]	
· 양성 유방의 이형성	N60
· 유방의 염증성 장애	N61
· 유방의 비대	N62
· 유방의 상세불명의 소괴	N63
· 유방의 기타장애	N64
[여성골반내 장기의 염증성 질환]	
· 난관염 및 난소염	N70
· 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
· 자궁경부의 염증성 질환	N72
· 기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
· 달리 분류된 질환에서의 여성 골반	N74
· 염증성 장애	
· 바르톨린선의 질환	N75
· 질 및 외음부의 기타 염증	N76
· 달리 분류된 질환에서의 외음질 궤양 및 염증	N77
[여성생식기의 비염증성 장애]	
· 자궁내막증	N80
· 여성 생식기 탈출	N81
· 여성 생식기를 포함한 누공	N82
· 난소, 난관 및 광 인대의 비염증성 장애	N83
· 여성생식기의 용종	N84
· 경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
· 자궁경부의 미란 및 외반증	N86
· 자궁경부의 이형성	N87
· 자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
· 질의 기타 비염증성 장애	N89
· 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
· 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
· 과다.빈발 및 불규칙 월경	N92
· 기타 이상 자궁 및 질 출현	N93
· 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 동통 및 기타 병태	N94
· 폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95

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

[별표 10]

여성만성 질병분류표

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

대상질병	분류번호
[골다공증]	
· 병적골절을 동반한 골다공증	M80
· 병적골절이 없는 골다공증	M81
· 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
· 뼈 연속성의 장애	M84
[관절염]	
· 회농성 관절염	M00
· 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염	M01
· 반응성 관절병증	M02
· 달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
· 혈청검사 양성인 류마토이드 관절염	M05
· 기타 류마토이드 관절염	M06
· 건선성 및 장병증성 관절병증	M07
· 연소자성 관절염	M08
· 달리 분류된 질환에서의 연소자성 관절염	M09
· 통풍	M10
· 기타 결정성 관절병증	M11
· 기타 특정 관절병증	M12
· 기타 관절염	M13
· 달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
· 다발성 관절증	M15
· 고관절증	M16
· 무릎관절증	M17
· 제1수근중수 관절의 관절증	M18
· 기타 관절증	M19
· 손가락 및 발가락의 후천성 변형	M20
· 사지의 기타 후천성 변형	M21
· 무릎뼈의 장애	M22
· 무릎의 내이상	M23
· 기타 명시된 관절 이상	M24
· 달리 분류되지 않은 기타 관절 장애	M25

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

[별표 11]

비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환 분류표

약관에 규정하는 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환으로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제 1993-3호, 1995. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 비뇨기계의 기타 장애	N39
2. 치핵	I84
3. 항문 및 직장부의 열구 및 누공	K60
4. 항문 및 직장부의 농양	K61
5. 항문 및 직장의 기타질환	K62

제4차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에 서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.