무배당 장기상해

365의료건강보험

보 통 약 관

계약의 체결

제1조 (계약의 성립)

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

② 회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제1회 보험료(일정기간 단위의 분할보험료)를 받은 경우에 청약일(진단계약의 경우는 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 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+1%<연 5%>의 이율로 계산한 금액을 더하여 드립니다. 단, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니 합니다.

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, 제4조에서 정한 책임의 시기가 개시하지 아니한 때에는 그러하지 아니합니다.

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

제2조 (청약서부본 및 보험약관의 교부)

① 회사는 계약체결시까지 계약자에게 보험계약청약서(이하 『청약서』라 합니다)부본 및 보험약관을 교부하고 그 약관의 중요한 내용을 알려 드립니다.

② 회사가 위 ①을 위반한 때에는 계약자는 계약일부터 3개월이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제3조 (보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 『사고』라 합니다)로 신체에 입은 상해 손해와 질병으로 인한 손해(이하 『손해』라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 위 ①의 상해에는 유독가스 및 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입,흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 다만, 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함하지 아니합니다.

③ 위 ①의 질병이라 함은 이 계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만, 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

제4조 (계약연령의 계산)

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

② 위①에 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.

제5조 (피보험자의 범위)

이 계약에서 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 피보험자 본인(이하 「피보험자 본인」이라 합니다) 과 피보험자 본인의 호적상 또는 주민등록상에 기재된 배우자 또는 자녀 중에서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제6조 (전문의콜센터서비스)

① 회사는 1형(헬스케어형)에 가입한 피보험자에게 제휴업체(이하"제휴업체"라 합니다)를 지정하여 전문의콜센터서비스를 제공하여 드립니다. 전문의콜센터서비스란 각과 전문의와 간호사로 구성된 의료 전문가들이 건강과 관련된 궁금점에 대하여 24시간 상담해 드리는 서비스로서, 고객이 콜센터에 전화하면 간호사가 1차로 상담을 하고 전문의 상담이 필요한 경우에는 각과 전문의에게 연결하여 의료상담을 해 드립니다. 위의 전문의 상담서비스는 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 안과, 정신과, 성형외과, 정형외과, 피부과, 비뇨기과, 이비인후과, 치과에 대하여 제공하여 드립니다.
② 위 ①의 전문의콜센터서비스는 보험기간 동안 제한 없이 사용할 수 있습니다.

제7조 (회사의 책임의 시기 및 종기)

① 회사의 책임은 보험증권에 기재된 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 보험사고에 대하여는 회사는 책임을 지지 아니합니다.
③ 위 ②의 보험료는 제3조의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하 “보장보험료”라 합니다.)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 “적립보험료”라 합니다.)로 구성됩니다.

제8조 (보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 계약자나 피보험자의 고의
② 보험수익자(이하『수익자』라 합니다)의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
④ 피보험자의 선천성 뇌질환, 심신상실 및 정신적 기능장해
⑤ 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑥ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑦ 피보험자의 형의 집행

⑧ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑨ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑩ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑪ 위 ⑩이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑫ 성병
⑬ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
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.
⑤ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

3 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽을 오르거나 특수한 기술과 경험을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 운동
② 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다.)
③ 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제9조 (계약 전 알릴 의무)
계약을 맺을 때에 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약서(질문서를 포함합니다. 이하 같습니다)의 기재사항에 관하여 아는 사실을 빠짐없이 그대로 회사에 알려야 합니다.

제10조 (모집인 등의 청약서 임의기재행위의 효력)
1 계약자 또는 피보험자는 청약서 작성시 반드시 기재사항을 사실대로 작성한 후 자필서명 또는 날인하여야 합니다.
2 제1항의 규정에 불구하고 모집인등이 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 경우 계약자는 계약일부터 3개월이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제11조 (청약의 철회)

① 가계성보험(개인의 일상생활과 관련된 보험으로 보험료를 단체 또는 법인이 부담하지 않는 개인보험계약과 단체요율이 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

제12조 (계약 후 알릴 의무)

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.) 또는 피보험자의 연령을 정정할 때에는 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, 직무 또는 연령 변경 전에 적용된 보험 요율(이하『변경전 요율』이라 합니다.)의 직업, 직무 또는 연령이 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, 직무 또는 연령의 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.

제13조 (보험내용의 변경)

①계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약자를 변경할 수 있습니다.
② 회사는 보험기간중 1형(헬스케어형)에 가입한 계약자가 2형(일반형)으로 변경을 요청할 경우 또는 전문의콜센터서비스 제공업체의 파산 등 부득이한 사유가 발생하였을 경우에 1형(헬스케어형)을 2형(일반형)으로 변경하여 드립니다. 다만, 이 경우에는 그 이후 납입하는 보험료 중 전문의콜센터서비스에 해당하는 보험료는 부과하지 아니 합니다.

제14조 (대표자의 지정)

① 계약자 또는 수익자가 2인이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제①항의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계

약에 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 보험수익자가 법정상속인으로 지정되고 법정상속인이 2인이상인 경우에는 적용하지 아니합니다.

제15조 (보험료의 납입주기)

1 보험료의 납입주기는 연납을 원칙으로 하되, 계약자의 편의에 따라 6개월납, 3개월납 또는 월납으로 할 수 있습니다.
2 제2회부터의 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 위2의 경우 회사는 계약자에게 영수증을 교부해 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)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 이보험의 예정이율<연 4%>로 할인하여 드립니다. 그러나 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납시에 할인한 이율로 계산한 금액을 돌려 드립니다.

제16조 (보험료의 자동대출납입)

1 제17조에 규정된 납입최고기간이 경과되기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우 제32조에 규정된 계약자대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 보험계약이 유효하게 지속됩니다.
2 위1의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고기간까지의 이자(이 보험의 약관대출이율을 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 위1 및 위2에 따라 약관대출로 자동 납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

제17조 (보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 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 경

우에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고기간으로 하여 위[1]을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.
[3] 제2회 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 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려주어야 합니다.

제18조 (해지된 계약의 부활)

[1] 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 계약자는 해지일부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 이보험의 예정이율 + 1%<연 5%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
[2] 계약 부활에 따른 회사의 책임은 회사의 승인이 있는 날 오후 4시부터 시작됩니다. 이 경우 제1조, 제7조 및 제9조의 규정을 다시 적용합니다.

제19조 (보험계약의 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(해약환급금명세표)】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 또는 책임개시일로부터 보험금지급사유가 발생하지 아니하고 2년이상 지났거나 모집인등이 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명 또는 날인한 경우는 제외) 회사의 중대한 과실로 알지 못한 때에는 해지할 수 없습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 제9조를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조. [1]에서 정한 계약후 알릴의무를 이행하지 아니하였을 때
[3] 위[2]. 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 알려드립니다.
이 경우에는 【별표1(해약환급금명세표)】에서 정한 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료중 많은 금액을 지급하여 드립니다.
[4] 위[2]. ②에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제12조. [3] 또는 [4]에 따라 보상하여 드립니다.
[5]손해가 위[2]에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 [3] 및 [4]에 관계없이 보상하여 드립니다.

제20조 (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. 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 날부터 1개월이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제21조 (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 책임 있는 사유로 무효가 된 경우에는 경과기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
② 회사는 보험계약이 효력상실되거나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 무효가 된 경우 또는 제19조. ②를 사유로 손해발생 이전에 해지된 경우에는【별표1(해약환급금명세표)】에서 정한 해약환급금을 지급하여 드립니다.
③【별표1(해약환급금명세표)】의 해약환급금 중 적립부분(영업보험료에서 정해진 사업비와 보장보험료를 공제한 적립순보험료를 말합니다.)에 대하여는 회사는 책임개시일부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래 이율을 적용합니다. 다만, 보험기간중에 보험약관대출이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율로 적용합니다.

- 1년 미만 : 보험약관대출이율 - 4%
- 1년 이상 2년 미만 : 보험약관대출이율 - 3%
- 2년 이상 : 보험약관대출이율 - 2%

④ 위 ③의 보장보험료는 의료비관련 특별약관을 가입한 계약자가 특별약관 계약을 자동갱신하는 경우 2차년도 이후 매년 대체납입되는 갱신계약 보험료를 포함한 금액으로 합니다.
⑤ 위 ④의 의료비관련 특별약관이라함은 질병입원의료비(3천만원한도), 상해입원의료비(3천만원한도), 질병입원의료비(1천만원한도), 상해입원의료비(1천만원한도), 질병통원의료비(10만원한도), 상해통원의료비(10만원한도), 질병통원의료비(5만원한도), 상해통원의료비(5만원한도)를 말합니다.

제22조 (만기환급금의 지급)

회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난때에는 제21조 ③과 ④에 준하여 그 때까지 회사가 적립한 정해진 금액을 만기환급금으로 지급하여 드립니다. 그러나 이 약관에 정한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

제23조 (환급금 등의 이자지급)

① 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제21조 및 제22조의 환급금 등을 지급하는 경우 청구일로부터 3일이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날 부터 지급기일까지는 이보험의 예정이율 + 1%<연 5%>로 계산된 금액을, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지는 이 보험의 약관대출이율로 계산된 금액을 환급금에 더하여 지급하여 드립니다.

② 회사는 제22조의 만기환급금 지급사유가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 계약자 또는 보험수익자에게 그 사유와 지급할 금액을 명시하여 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간에 대하여 이보험의 예정이율<연 4%>을 연단위복리로 계산한 금액을 환급금에 더하여 지급하여 드립니다.
③ 위 ②의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자에게 환급금 발생사실을 알려드린 경우 만기환급금과 제21조의 ②의 규정에 의한 해약환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 1년간은 이보험의 예정이율의 50%<연 2%>, 1년후부터 환급금 청구일 까지는 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 환급금에 더하여 지급하여 드립니다.

손해의 발생

제24조 (손해의 통지)

① 계약자, 피보험자 또는 수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
② 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제①항의 통지를 게을리함으로 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니합니다.

제25조 (보험금등 청구시 구비서류)

① 계약자, 피보험자(또는 수익자)가 보험금, 급여금, 해약환급금 또는 보험료납입면제 등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자 등 인근주민의 확인서)
③ 그 밖에 필요한 증거자료
② 병원 또는 의원등에서 제①항의 제②호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원 등은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

손해의 보상

제26조 (간병비용)

① 우리회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중에 무배당 365의료건강보험 보통약관 (이하『보통약관』이라 합니다.) 제3조에서 정한 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 7일이상 입원하여 치료를 받는 경우 하나의 상해 또는 질병에 대해 입원 기간에 따라 아래의 금액을 간병비용으로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 10만원 기준)

입원기간	7일이상~13일이하	14일이상~20일이하	21일이상
지급금액	10만원	10만원추가지급	10만원추가지급

② 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 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
③ 위 ①, ②에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병 또는 상해를 동시에 치료하는 경우에도 회사의 보상액은 위 ①에 정한 금액을 한도로 합니다.

제27조 (입원의 정의와 장소)

① 이 보험에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하『의사』라 합니다.)에 의하여 제3조에서 정한 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제28조 (보험금의 수령방법의 선택)

① 계약자(보험금 지급사유 발생후에는 수익자)는 보험금의 전부 또는 일부를 일시금으로 지급받거나 다음의 지급방법중 하나를 선택하여 지급받을 수 있습니다.
① 일정기간 정기적으로 동일한 금액으로 분할지급
② 일정기간 정기적으로 동일한 금액으로 증액하여 지급하거나 동일한 비율로 증액하여지급
③ 일정기간이 경과한 후 이자와 원금을 일시금으로 지급
④ 일정기간 정기적으로 이자만 지급한 후 원금은 일시금으로 지급
② 제①항의 경우 계약자의 요청에 의하여 보험금의 지급방법을 변경한 경우에 회사는 그 미지급금액에 대해서 이보험의 예정이율+1%<연 5%>을 연단위 복리로 계산한 이자를 지급합니다.

제29조 (보험금의 지급)

① 회사는 손해발생 통지 및 제25조의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3일 이내에 지급하여 드립니다.
② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제①항의 지급기일초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 보험수익자에게 서면통지하여 드립니다.
③ 제②항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
④ 회사는 제1항 또는 제2항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제30조 (보험금청구권의 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.

제31조 (계약의 소멸에 따른 책임준비금의 지급)

① 회사는 피보험자의 사망으로 인하여 계약이 소멸되는 경우에는 보통약관의 책임준비금과 그 때까지 유효한 특별약관의 책임준비금을 더한 금액을 계약자에게 지급하여 드립니다.
② 피보험자가 2인 이상인 경우에는 피보험자 본인 이외의 피보험자가 사망한 경우 해당 피보험자의 남은 보험기간에 대한 회사의 보상책임은 소멸되며, 이 경우에는 해당 피보험자의 보통약관 보장부분 책임준비금과 그 때까지 유효한 특별약관의 책임준비금을 더한 금액을 지급하여 드립니다.

그 밖의 사항

제32조 (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.

제33조 (계약자배당금 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제34조 (청구권의 소멸시효)

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

제35조 (회사가 제작한 보험안내장 등의 효력)

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

제36조 (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 각 호의 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

제37조 (회사의 손해배상책임)

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

제38조 (다툼의 조정)

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

제39조 (예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제40조 (관할법원)

이 계약에 관한 소송은 계약자, 피보험자(또는 수익자)가 선택하는 대한민국법원을 합의에 따른 관할법원으로 합니다.

제41조 (약관의 해석)

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

제42조 (준거법)

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

특 별 약 관

1. 신질병입원의료비(3천만원한도) 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 발생된 질병으로 인하여 대한민국내의 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비를 보상하여 드립니다.

① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준 병실을 말합니다.) 사용료, 환자관리료, 식대 등

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

③ 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등

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

② 위 ①의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제3차 한국표준질병사인분류에서 정한 질병으로 합니다. (단, 제2조 ②에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다.) 다만 회사의 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

③ 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 위 ①의 ①,②,③의 비용 전액과 ④의 비용중 50% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 위 ①의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용 받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

④ 위 ①, ③에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종발병일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 위 ①, ③ 및 ④에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

⑦ 위 ①의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

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

지 아니합니다.
① 계약자나 피보험자의 고의
② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
④ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑤ 피보험자의 형의 집행
⑥ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑦ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑧ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑨ 위 ⑩이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑩ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표8】의 한국표준질병사인분류에서 보상하지 아니하는 질병참조)
① 주로 성행위로 전파되는 감염
② 정신과질환 및 행동장애 단, 치매는 보상하여 드립니다.
③ 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
④ 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
⑤ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
⑥ 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
⑦ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
⑧ 임신, 출산 및 산욕. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑨ 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
⑩ 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
④ 죽은깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
⑤ 질병을 동반하지 않는 포경수술
⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
⑦ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑧ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

⑨ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제1조에 따라 보상하여 드립니다.
⑩ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조 (보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 한다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다.)되는 것으로 합니다.
3 회사는 위 2에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조 (보험료의 대체납입)
1 계약자는 제3조 2에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관 제7조 3에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 1에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 1을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 (보험금등 청구시 구비서류)
계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)
③ 입원의료비 명세서 및 영수증
④ 그밖에 필요한 증거자료

제6조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

2. 신질병입원의료비(1천만원한도) 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 발생된 질병으로 인하여 대한민국내의 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비를 보상하여 드립니다.
① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준 병실을 말합니다.) 사용료, 환자관리료, 식대 등
② 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
③ 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
④ 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다.)과 기준병실과의 병실료 차액
2 위 1의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제3차 한국표준질병사인분류에서 정한 질병으로 합니다. (단, 제2조 2에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다.) 다만 회사의 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.
3 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 위 1의 ①,②,③의 비용의 80%와 ④의 비용중 40% 해당액을 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 위 1의 발생 입원의료비 총액의 32% 해당액을 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용 받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.
4 위 1, 3에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.
5 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종발병일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.
6 위 1, 3 및 4에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.
7 위 1의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 계약자나 피보험자의 고의
② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
④ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑤ 피보험자의 형의 집행
⑥ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑦ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑧ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑨ 위 ⑩이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑩ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표8】의 한국표준질병사인분류에서 보상하지 아니하는 질병참조)
① 주로 성행위로 전파되는 감염
② 정신과질환 및 행동장애 단, 치매는 보상하여 드립니다.
③ 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
④ 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
⑤ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
⑥ 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
⑦ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
⑧ 임신, 출산 및 산욕. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑨ 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
⑩ 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
④ 죽은깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
⑤ 질병을 동반하지 않는 포경수술
⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
⑦ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑧ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑨ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제1조에 따라 보상하여 드립니다.
⑩ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조 (보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 한다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다.)되는 것으로 합니다.

3 회사는 위 2에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조 (보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조 2에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관 제7조 3에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 1에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 1을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 (보험금등 청구시 구비서류)

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

① 청구서(회사양식)

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

③ 입원의료비 명세서 및 영수증

④ 그밖에 필요한 증거자료

제6조 (보통약관과의 관계)

보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

3. 신상해입원의료비(3천만원한도) 특별약관

1. (보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 대한민국내의 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해입원의료비를 보상하여 드립니다.

① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준 병실을 말합니다.) 사용료, 환자관리료, 식대 등

② 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
③ 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
④ 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다.)과 기준병실과의 병실료 차액
2 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 위 1의 ①,②,③의 비용 전액과 ④의 비용중 50% 해당액을 1사고당 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 위 1의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 1사고당 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용 받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.
3 위 1, 2에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다.)로 인한 상해입원의료비 보상은 사고일로부터 365일을 한도로 합니다.
4 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종사고일로부터 계속중인 입원기간에 대한 상해입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.
5 위 1의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 계약자나 피보험자의 고의
② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
④ 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
⑤ 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.
⑥ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑦ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 피보험자의 형의 집행
⑨ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑩ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑪ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑫ 위 ⑪이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑬ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
⑭ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽을 오르거나 특수한 기술과 경험을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 운동
② 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다.)
③ 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재등의 보신용 투약비용
② 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
③ 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
④ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택즈렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
⑤ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비
⑥ 치과질환 치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 보상하여 드립니다.
⑦ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑧ 자동차보험(공제를 포함합니다.) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비, 단 본인부담의료비는 제1조에 따라 보상하여 드립니다.

제3조 (보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 한다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다.)되는 것으로 합니다.
3 회사는 위 2에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조 (보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조 2에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관 제7조 3에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 1에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 1을 적용하

지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 (보험금등 청구시 구비서류)
계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)
③ 입원의료비 명세서 및 영수증
④ 그밖에 필요한 증거자료

제6조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

4. 신상해입원의료비(1천만원한도) 특별약관

1. (보상하는 손해)
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 대한민국내의 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해입원의료비를 보상하여 드립니다.
① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준 병실을 말합니다.) 사용료, 환자관리료, 식대 등
② 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
③ 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
④ 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다.)과 기준병실과의 병실료 차액
② 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 위 ①의 ①,②,③의 비용의 80%와 ④의 비용중 40% 해당액을 1사고당 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 위 ①의 발생 입원의료비 총액의 32% 해당액을 1사고당 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용 받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.
③ 위 ①, ②에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다.)로 인한 상해입원의료비 보상은 사고일로부터 365일을 한도로 합니다.
④ 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종사고일로부터 계속중인 입원기간에 대한 상해입원의료비를 365일을

한도로 보상하여 드립니다.
5 위 1의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 계약자나 피보험자의 고의
② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
④ 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
⑤ 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.
⑥ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑦ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 피보험자의 형의 집행
⑨ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑩ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑪ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑫ 위 ⑪이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑬ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
⑭ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽을 오르거나 특수한 기술과 경험을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 운동
② 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다.)
③ 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재등의 보신용 투약비용

② 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
③ 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
④ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택즈렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
⑤ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비
⑥ 치과질환 치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 보상하여 드립니다.
⑦ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑧ 자동차보험(공제를 포함합니다.) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비, 단 본인부담의료비는 제1조에 따라 보상하여 드립니다.

제3조 (보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 한다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다.)되는 것으로 합니다.
3 회사는 위 2에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조 (보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조 2에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관 제7조 3에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 1에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 1을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 (보험금등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)
③ 입원의료비 명세서 및 영수증
④ 그밖에 필요한 증거자료

제6조 (보통약관과의 관계)

보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통

약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

5. 신질병통원의료비(10만원한도) 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 발생된 질병으로 인하여 대한민국내의 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원을 제외합니다.)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』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 위 1의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제3차 한국표준질병사인분류에서 정한 질병으로 합니다. (단, 제2조 2에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다.) 다만, 회사의 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

4 회사는 통원 1일당 위 1, 2의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험율을 적용받지 못한 경우에는 통원 1일당 위 1, 2의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.

5 위 1, 2 및 4에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

6 위 1, 2의 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

2. (보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 계약자나 피보험자의 고의
② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
④ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑤ 피보험자의 형의 집행
⑥ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑦ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑧ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑨ 위 ⑩이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑩ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표9】의 한국표준질병사인분류에서 보상하지 아니하는 질병참조)
① 주로 성행위로 전파되는 감염
② 정신과질환 및 행동장애 단, 치매는 보상하여 드립니다.
③ 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
④ 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
⑤ 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
⑥ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
⑦ 임신, 출산 및 산욕. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑧ 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
⑨ 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
④ 죽은깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
⑤ 질병을 동반하지 않는 포경수술
⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
⑦ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑧ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

⑨ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제1조에 따라 보상하여 드립니다.
⑩ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조 (보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 한다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다.)되는 것으로 합니다.
3 회사는 위 2에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조 (보험료의 대체납입)
1 계약자는 제3조 2에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관 제7조 3에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 1에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 1을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 (보험금등 청구시 구비서류)
계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)
③ 통원의료비 명세서 및 영수증
④ 그밖에 필요한 증거자료

제6조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

6. 신질병통원의료비(5만원한도) 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 발생된 질병으로 인하여 대한민국 내의 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원을 제외합니다.)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』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 위 1의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제3차 한국표준질병사인분류에서 정한 질병으로 합니다. (단, 제2조 2에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다.) 다만, 회사의 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

4 회사는 통원 1일당 위 1, 2의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 80%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험을 적용받지 못한 경우에는 통원 1일당 위 1, 2의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 32%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.

5 위 1, 2 및 4에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

6 위 1, 2의 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

2. (보상하지 아니하는 손해)

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

① 계약자나 피보험자의 고의

② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피

난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
④ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑤ 피보험자의 형의 집행
⑥ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑦ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑧ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑨ 위 ⑩이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑩ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표9】의 한국표준질병사인분류에서 보상하지 아니하는 질병참조)
① 주로 성행위로 전파되는 감염
② 정신과질환 및 행동장애 단, 치매는 보상하여 드립니다.
③ 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
④ 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
⑤ 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
⑥ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
⑦ 임신, 출산 및 산욕. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑧ 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
⑨ 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
④ 죽은깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
⑤ 질병을 동반하지 않는 포경수술
⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
⑦ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑧ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑨ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제1조에 따라 보상하여 드립니다.
⑩ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조 (보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 한다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다.)되는 것으로 합니다.
3 회사는 위 2에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조 (보험료의 대체납입)
1 계약자는 제3조 2에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관 제7조 3에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 1에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 1을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 (보험금등 청구시 구비서류)
계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)
③ 통원의료비 명세서 및 영수증
④ 그밖에 필요한 증거자료

제6조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

7. 신상해통원의료비(10만원한도) 특별약관

제1조 (보상하는 손해)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 대한민국내의 병원 또는 의원(한방병원, 한의원을 제외합니다.)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해통원의료비(이하 『상해통원의료비』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 상해통원의료비에는 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 100%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험율을 적용받지 못한 경우에는 통원 1일당 위 1, 2의 발생 상해통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.
4 위 1, 2, 3에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다.)로 인한 회사의 상해통원의료비 보상한도는 사고일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다.
5 위 1, 2의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과하였을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

2. (보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 계약자나 피보험자의 고의
② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
④ 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
⑤ 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.
⑥ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑦ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 피보험자의 형의 집행
⑨ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑩ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑪ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑫ 위 ⑪이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑬ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때

⑭ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽을 오르거나 특수한 기술과 경험을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 운동
② 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다.)
③ 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재등의 보신용 투약비용
② 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
③ 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
④ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택즈렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
⑤ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비
⑥ 치과질환 치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 보상하여 드립니다.
⑦ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑧ 자동차보험(공제를 포함합니다.) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비, 단 본인부담의료비는 제1조에 따라 보상하여 드립니다.

제3조 (보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 한다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다.)되는 것으로 합니다.
3 회사는 위 2에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조 (보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조 2에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관 제7조 3에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 1에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 1을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 (보험금등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)
③ 통원의료비 명세서 및 영수증
④ 그밖에 필요한 증거자료

제6조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

8. 신상해통원의료비(5만원한도) 특별약관

제1조 (보상하는 손해)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 대한민국내의 병원 또는 의원(한방병원, 한의원을 제외합니다.)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해통원의료비(이하 『상해통원의료비』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 상해통원의료비에는 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 80%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험율을 적용받지 못한 경우에는 통원 1일당 위 1, 2의 발생 상해통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 32%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.
4 위 1, 2, 3에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다.)로 인한 회사의 상해통원의료비 보상한도는 사고일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다.
5 위 1, 2의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지

급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과하였을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

2. (보상하지 아니하는 손해)

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

① 계약자나 피보험자의 고의

② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

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

④ 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환

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

⑥ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑦ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 피보험자의 형의 집행

⑨ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑩ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑪ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑫ 위 ⑪이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑬ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때

⑭ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

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

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

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

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

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

① 한약재등의 보신용 투약비용

② 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비

③ 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비

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

⑤ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비
⑥ 치과질환 치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 보상하여 드립니다.
⑦ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑧ 자동차보험(공제를 포함합니다.) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비, 단 본인부담의료비는 제1조에 따라 보상하여 드립니다.

제3조 (보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 한다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다.)되는 것으로 합니다.
3 회사는 위 2에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조 (보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조 2에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관 제7조 3에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 1에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 1을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 (보험금등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고 발생의 목격자등 인근주민의 확인서)
③ 통원의료비 명세서 및 영수증
④ 그밖에 필요한 증거자료

제6조 (보통약관과의 관계)

보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

9. 암/상피내암 진단급여금 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

① 우리 회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중 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.

제2조 (암의 정의 및 진단확정)

① 위 제1조에서 보상하는 “암”이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표 4】“악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)와【별표 4】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.

제3조 (상피내암의 정의 및 진단확정)

① 위 제1조에서 보상하는 “상피내암”이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표 5】“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.

제4조 (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.

제5조 (해지된 계약의 부활)
① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 계약자는 해지일부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 이보험의 예정이율 + 1%<연 5%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
② 계약을 부활하는 경우 보통약관 제1조, 제7조. 및 제9조의 규정을 다시 적용하고, 부활되는 계약의 책임개시는 부활일을 계약일로 하여 이 특별약관 제1조의 ②의 책임개시일을 다시 적용합니다.

제6조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

10. 뇌졸중 진단급여금담보 특별약관

제1조 (보상하는 손해)
회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중 뇌졸중으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 해당액을 뇌졸중 진단급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

제2조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 뇌졸중이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 6 (뇌졸중 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌졸중의 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.

제3조 (손해보상후의 계약)
회사가 위 제1조의 뇌졸중 진단급여금을 지급하였을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제4조 (해지된 계약의 부활)

① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 계약자는 해지일부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 이보험의 예정이율 + 1%<연 5%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
② 계약을 부활하는 경우 보통약관 제1조, 제7조. 및 제9조의 규정을 다시 적용하고, 부활되는 계약의 책임개시는 부활일을 계약일로 하여 이 특별약관 제1조의 ②의 책임개시일을 다시 적용합니다.

제5조 (보통약관과의 관계)

보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제6조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

11. 급성심근경색증 진단급여금담보 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 해당액을 급성심근경색증 진단급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

제2조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 급성심근경색증이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 7(급성심근경색증 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조 (손해보상후의 계약)

회사가 위 제1조의 급성심근경색증 진단급여금을 지급하였을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제4조 (해지된 계약의 부활)

① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 계약자는 해지일부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 이보험의 예정이율 + 1%<연 5%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
② 계약을 부활하는 경우 보통약관 제1조, 제7조. 및 제9조의 규정을 다시 적용하고, 부활

되는 계약의 책임개시는 부활일을 계약일로 하여 이 특별약관 제1조의 ②의 책임개시일을 다시 적용합니다.

제5조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제6조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

12. 소득보상금담보 특별약관

제1조 (보상하는 손해)
① 우리회사(이하『회사』라 합니다.)는 피보험자가 보험기간중에 무배당 365의료건강보험 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 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.
③ 위 ①, ②에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병 또는 상해를 동시에 치료하는 경우에도 회사의 보상액은 위 ①에 정한 금액을 한도로 합니다.

제2조 (해지된 계약의 부활)
① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 계약자는 해지일부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 이보험의 예정이율 + 1%<연 5%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
② 계약을 부활하는 경우 보통약관 제1조, 제7조. 및 제9조의 규정을 다시 적용하고, 부활되는 계약의 책임개시는 부활일을 계약일로 하여 이 특별약관 제1조의 ②의 책임개시일을 다시 적용합니다.

제3조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제4조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

13.장기이식수술비 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 무배당 365의료건강보험 보통약관(이하 보통약관』이라 합니다.) 제 3조에 정한 상해 또는 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에 입원하여 장기수혜자로서 6대장기이식수술 또는 조혈모세포이식수술을 받았을 때 보험증권에 기재된 이 특별약관 가입금액전액을 최초 1회에 한하여 장기이식수술비용으로 피보험자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 두 종류 이상의 6대장기이식수술 또는 조혈모세포이식수술을 받을 경우(6대장기이식수술중의 하나와 조혈모세포이식수술을 받는 경우도 포함합니다.)에는 하나의 장기이식수술비만을 지급하여 드립니다.

② 위 ①에서 "6대장기"라 함은 간장, 신장, 심장(심판막 포함), 췌장(췌도 포함), 폐장, 각막을 말하며, "6대장기이식수술"이라 함은 6대장기에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전(臟器不全)상태에 있는 수혜자에게 이식을 시켜줌으로써 장기부전(臟器不全)상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 하는 수술을 말합니다. 단, 장기공여자(臟器供與者)에 대한 장기이식수술은 제외하며, 타인의 내부장기를 적출하여 이식하지 않고 피보험자의 신체에 인공의재료(人工醫材料)를 삽입 또는 설치하는 등의 수술은 장기이식수술로 보지 않습니다.

③ 위 ①에서 "조혈모세포이식수술(造血母細胞移植手術)"이라 함은 혈액을 만드는 세포의 이식수술로서 아래에서 정한 골수이식수술, 말초혈모세포이식수술, 제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포공여자(造血母細胞供與者)에 대한 조혈모세포이식수술은 제외합니다.

① "골수이식수술"이라 함은 암 또는 골수 부전상태를 치료하기 위해 타인으로부터 정상적인 조혈모세포(造血母細胞)를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수로 치환하여 주는 수술을 말합니다.

② "말초혈모세포이식수술"이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기위하여 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 대량 항암요법후에 채취된 조혈모세포를 암환자 자신에게 투여하는 기술을 말합니다.

③ "제대혈모세포이식수술"이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

제2조 (손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해배상의 원이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸합니다.

제3조 (보통약관과의 관계)

보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

14. 일반상해 사망/후유장해 담보 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

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

제2조 (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 이들　과 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 기　술과 경험을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 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 하는사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조 (사망보험금)

① 회사는 피보험자가 위 제1조에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 이 특별약관의 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.

제4조 (후유장해 보험금)

① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)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 제1조(보상하는 손해)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.

제5조 (보험금의 지급한도)

① 이 특별약관에서 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 제4조에

서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.
② 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 제4조의 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급해 드립니다. 그러나 제4조의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제6조 (손해보상후의 계약)

① 한번의 사고에 대하여 회사가 지급한 제4조의 일반후유장해보험금이 보험가입금액의 80% 미만인 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 사망보험금 또는 제4조의 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.
② 위 ①에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

제7조 (보통약관과의 관계)

보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

15. 질병사망담보 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

① 우리 회사(이하『회사』라 합니다)는 보험증권에 기재된 피보험자가 책임개시일 이후에 발생한 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.

제2조 (보험계약의 무효)
① 타인의 사망을 보험사고로 하는계약에서 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.
② 회사는 위 ① 이외에도 계약체결시 만 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우에는 이 계약은 무효로 합니다.

제3조 (해지된 계약의 부활)
① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 계약자는 해지일부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 이보험의 예정이율 + 1%<연 5%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.
② 계약을 부활하는 경우 보통약관 제1조, 제7조. 및 제9조의 규정을 다시 적용하고, 부활되는 계약의 책임개시는 부활일을 계약일로 하여 이 특별약관 제1조의 ②의 책임개시일을 다시 적용합니다.

제4조 (손해보상후의 계약)
회사가 위 제1조의 질병사망보험금을 지급하였을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조 (보통약관과의 관계)
보통약관 제31조에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제6조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제22조에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

16. 보험료 자동납입 특별약관

제1조 (보험료의 납입)
계약자는 제 2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

제2조 (보험료의 영수)
자동납입 일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 매월 회사가 정하는 날중 보험계약자가 희망하는 일자로 합니다.

제3조 (계약후 알릴 의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

가. 초회보험료자동납입 추가특별약관

1. (보험료의 납입)
① 보험계약자는 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 해당계좌에서 제1회 보험료를 받고 보험증권을 교부합니다.

제2조 (보험기간)
이 추가특별약관이 첨부된 계약의 보험기간 첫날은 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 제 1회 보험료를 자동납입한 날로 합니다.

제3조 (계약후의 알릴의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조 (준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

17. 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 초회 보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점 계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조 (보험료의 영수)
회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하고 카드회사의 승인을 받는 시점을 보험료의 영수시점으로 봅니다.

제3조 (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.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【 별표 2 】 후유장해 지급율표

후 유 장 해 의 종 류	지 급 율
1. 눈(眼)의 장해	해당보험가입금액에 대한 %임.
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 50㎝이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 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

후 유 장 해 의 종 류	지 급 율
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 5㎝이상 짧아진 때	34
17) 한 다리가 3㎝이상 짧아진 때	20
18) 한 다리가 1㎝이상 짧아진 때	7
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

후 유 장 해 의 종 류	지 급 율
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
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 고등 정신기능 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 ¼크기 이상의 추상
②길이 5㎝ 이상의 추상 반흔
③직경 2㎝ 이상의 조직 함몰
2) 머리
①손바닥 ½크기 이상의 반흔 및 모발결손
②두개골의 손바닥 ½크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 ½크기 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 ¼이하로 제한 된때

5) 중등도의 운동장해

①척추체에 2분절 이상의 척추 고정술을 시행하고 척추운동범위가 정상범위의 ½이하로 제한된 때

②두개골과 상위경추(제 1, 2 경추)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

6) 경도의 운동장해

척추체에 골절 등으로 척추운동범위가 정상범위의 ¾이하로 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 ¼이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 15㎜ 이상의 동요 관절이 있는 경우

3) 중등도의 장해

관절운동범위가 정상범위의 ½이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 10㎜ 이상의 동요 관절이 있는 경우

4) 경도의 장해

관절운동범위가 정상범위의 ¾이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 5㎜ 이상의 동요 관 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 ½이하가 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 ½이상 상실, 자궁전적출술, 흉터로 인한 질구의 협착 등으로 성교 불가능인 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

【별표3 】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.

대상이 되는 질병	표준질병사인분류
1. 비뇨기계의 기타 장애	N 39
2. 치핵	I 84
3. 항문 및 직장부의 열구 및 누공	K 60
4. 항문 및 직장부의 농양	K 61
5. 항문 및 직장의 기타질환	K 62

제 4차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【 별표 4 】 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 5 】 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.

【별표6 】뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제 3차 한국표준질병사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	표준질병사인분류
1. 거미막하출혈	I 60
2. 뇌내출혈	I 61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I 62
4. 뇌경색(증)	I 63
5. 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I 65
6. 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I 66

제 4차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7 】급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제 3차 한국표준질병사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	표준질병사인분류
1. 급성심근경색증	I 21
2. 속발성 심근경색증	I 22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I 23

제 4차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8 】질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원의료비 약관에서 면책질병으로 규정하는 질병은 제 3차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제 1993-3호, 1995. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)

A50 선천성 매독
A51 조기 매독
A52 만기 매독
A53 기타 및 상세불명의 매독
A54 임균성 감염
A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
A57 연성하감
A58 서혜육아종
A59 트리코모나스증
A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 포진] 감염
A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신과질환 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상

F04-F09. 증상성을 포함하는 기질성 정신 장애
F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
F20-F29. 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애
F30-F39. 기분[정동] 장애
F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된, 신체형 장애
F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
F70-F79. 정신 발육지체
F80-F89. 정신 발달 장애
F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
F99. 상세불명의 정신 장애

3. 신경계의 질환 (G00-G99)

※ 단, 중추신경계의 염증성 질환(G00-G09), 파킨슨병(G20), 알쯔하이머병(G30), 수두증(G91)은 보상
G10-G13. 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 전신성 위축
G20-G26. 추체외로 및 운동장애
G30-G32. 신경계의 기타 퇴행성 질환
G35-G37. 중추신경계의 탈수초성 질환
G40-G47. 우발적 및 발작적 장애
G50-G59. 신경, 신경근 및 신경총 장애

G60-G64. 다발성 신경병증 및 말초신경계의 기타 장애
G70-G73. 근신경 접합부 및 근육의 질환
G80-G83. 뇌성마비 및 기타 마비성 증후군
G90-G99. 신경계의 기타 장애

4. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환

I84 치핵
K60 항문 및 직장부의 열구 및 누공
K61 항문 및 직장부의 농양
K62 항문 및 직장의 기타 질환
N39 비뇨기계의 기타 장애

5. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환 (K00-K08)

K00 치아의 발육 및 맹출(萌出) 장애
K01 매몰치 및 매복치
K02 치아우식증
K03 치아경조직의 기타 질환
K04 치수 및 치근단주위 조직의 질환
K05 치은염 및 치주 질환
K06 치은 및 무치성 치조융선의 기타 장애
K07 치아안면이상[부정교합을 포함
K08 치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 요추 및 기타추간판 장애 (디스크) (M50-M51)

M50 경추골원판 장애
M51 기타 추간판 장애

7. 여성생식기의 비염증성 장애

N96 습관성 유산자
N97 여성 불임증
N98 인공 수정과 관련된 합병증

8. 임신, 출산 및 산욕 (O00-O99)

9. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)

10. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

제4차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9 】질병통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병

※질병통원의료비 약관에서 면책질병으로 규정하는 질병은 제 3차 한국표준질병사인분류 (KCD : 통계청 고시 제 1993-3호, 1995. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)

A50 선천성 매독
A51 조기 매독

A52 만기 매독
A53 기타 및 상세불명의 매독
A54 임균성 감염
A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
A57 연성하감
A58 서혜육아종
A59 트리코모나스증
A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 포진] 감염
A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신과질환 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상

F04-F09. 증상성을 포함하는 기질성 정신 장애
F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
F20-F29. 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애
F30-F39. 기분[정동] 장애
F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된, 신체형 장애
F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
F70-F79. 정신 발육지체
F80-F89. 정신 발달 장애
F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
F99. 상세불명의 정신 장애

3. 신경계의 질환 (G00-G99)

※ 단, 중추신경계의 염증성 질환(G00-G09), 파킨슨병(G20), 알쯔하이머병(G30), 수두증(G91)은 보상

G10-G13. 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 전신성 위축
G20-G26. 추체외로 및 운동장애
G30-G32. 신경계의 기타 퇴행성 질환
G35-G37. 중추신경계의 탈수초성 질환
G40-G47. 우발적 및 발작적 장애
G50-G59. 신경, 신경근 및 신경총 장애
G60-G64. 다발성 신경병증 및 말초신경계의 기타 장애
G70-G73. 근신경 접합부 및 근육의 질환
G80-G83. 뇌성마비 및 기타 마비성 증후군
G90-G99. 신경계의 기타 장애

4. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환

I84 치핵
K60 항문 및 직장부의 열구 및 누공
K61 항문 및 직장부의 농양
K62 항문 및 직장의 기타 질환
N39 비뇨기계의 기타 장애

5. 요추 및 기타추간판 장애 (디스크) (M50-M51)

M50 경추골원판 장애
M51 기타 추간판 장애

6. 여성생식기의 비염증성 장애

N96 습관성 유산자
N97 여성 불임증
N98 인공 수정과 관련된 합병증

7. 임신, 출산 및 산욕 (O00-O99)

8. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)

9. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

※ 제4차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.