무배당 365간병보험(L3.10) 상품요약서

1. 상품의 특이사항

가. 상품종류 및 판매형태

상품형태	1형(올커버형A), 2형(올커버형B), 3형(남성전문형), 4형(여성전문형A), 5형(여성전문형B)
보험기간	1종-70세만기, 2종-80세만기
납입기간	5년/10년/20년납, 55세/60세/70세납
납입방법	월납, 3월납, 6월납, 연납
가입연령	1종 : 가입시보험연령 15세이상 53세 이하 2종 : 가입시보험연령 15세이상 60세 이하
만기 환급금	적립순보험료를 이 보험의 약관대출-2%로 부리한 금액

※보험연령이란 1년 미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산된 연령을 말합니다.

나. 가입시 주의 사항

1) 피보험자의 직업 및 과거병력 등 청약서상 기재내용은 계약인수 및 보상여부에 영향을 미치는 중요한 사항이므로 계약체결시 빠짐없이 사실 그대로를 본인이 직접 작성하거나 확인하여야 합니다.

2) 피보험자의 직업, 과거사고유무, 건강상태, 기타 사항으로 인하여 가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있습니다.

3) 의료비관련 담보는 1년만기 자동갱신특약으로 연령증가 및 손해율, 국민건강보험수가 변화 등에 따라 매년 보장보험료가 달라질수 있으며, 이로 인하여 환급금도 변동될 수 있습니다.

4) 상품형태에 따라 선택할 수 있는 담보가 다음과 같이 달라 집니다.

구분		가입금액	1형	2형	3형	4형	5형
			올커버A	올커버B	남성형	여성A	여성B
질병의료비 (100%)	입원	3천만원	●				
	통원	10만원					
질병의료비 (80%)	입원	1천만원		●			
	통원	5만원					
남성7대질병 의료비(100%)	입원	3천만원			●		
	통원	10만원					
여성특정질병 의료비(100%)	입원	3천만원				●	●
	통원	10만원					
부인과및여성만성 질병의료비(100%)	입원	3천만원				●	
	통원	10만원					
암의료비 (100%)	입원	3천만원			●	●	●
	통원	10만원					

주) ● : 표는 선택할 수 있는 담보

5) 암(상피내암, 기타피부암, 경계성종양 제외)에 대한 회사의 책임은 계약일로부터 90일이 지난날의 다음날부터 시작됩니다.

다. 기타사항

1) 자동이체 할인 없음

2) 단체계약 불가

2. 담보내용

가. 기본계약

1) 간병비용

지급사유	지급액
개호상태(인식불명, 활동불능)으로 진단확정되고 180일 이상 개호상태 지속시	가입금액

2) 간병연금

지급사유	지급액
개호상태(인식불명, 활동불능)으로 진단확정되고 180일 이상 개호상태 지속시	가입금액의 10% 36회(월지급)

나. 선택계약

1) 질병 입원의료비

지급사유	지급액
질병으로 입원시 본인부담금의 100%	3천만원 한도
질병으로 입원시 본인부담금의 80%	1천만원 한도

2) 질병 통원의료비

지급사유	지급액
질병으로 통원치료시 본인부담금에서 5천원 공제후 100%(연간 30일 한도)	통원1일당 10만원 한도
질병으로 통원치료시 본인부담금에서 5천원 공제후 80%(연간 30일 한도)	통원1일당 5만원 한도

3) 7대질병 입원의료비

지급사유	지급액
7대질병으로 입원시 본인부담금의 100%	3천만원 한도

4) 7대질병 통원의료비

지급사유	지급액
7대질병으로 통원치료시 본인부담금에서 5천원 공제후 100%(연간 30일 한도)	통원1일당 10만원 한도

5) 여성특정질병 입원의료비

지급사유	지급액
여성특정질병으로 입원시 본인부담금의 100%	3천만원 한도

6) 여성특정질병 통원의료비

지급사유	지급액
여성특정질병으로 통원치료시 본인부담금에서 5천원 공제후 100%(연간 30일 한도)	통원1일당 10만원 한도

7) 부인과및여성만성질병 입원의료비

지급사유	지급액
부인과및여성만성질병으로 입원시 본인부담금의 100%	3천만원 한도

8) 부인과및여성만성질병 통원의료비

지급사유	지급액
부인과및여성만성질병으로 통원치료시 본인부담금에서 5천원 공제후 100%(연간 30일 한도)	통원1일당 10만원 한도

9) 암 입원의료비

지급사유	지급액
책임개시일 이후 최초로 암으로 진단되고 암으로 입원시 본인부담금의 100%	3천만원 한도

10) 암 통원의료비

지급사유	지급액
책임개시일 이후 최초로 암으로 진단되고 암으로 통원치료시 본인부담금에서 5천원 공제후 100%(연간 30일 한도)	통원1일당 10만원 한도

11) 상해 입원의료비

지급사유	지급액
상해사고로 입원시 본인부담금의 100%	3천만원 한도
상해사고로 입원시 본인부담금의 80%	1천만원 한도

12) 상해 통원의료비

지급사유	지급액
상해사고로 통원치료시 본인부담금에서 5천원 공제후 100%(연간 30일 한도)	통원1일당 10만원 한도
상해사고로 통원치료시 본인부담금에서 5천원 공제후 80%(연간 30일 한도)	통원1일당 5만원 한도

13) 일반상해

지급사유	지급액
일반상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해시	가입금액
일반상해사고로 80%미만 후유장해시	가입금액의 79~3%

14) 질병사망

지급사유	지급액
계약일 이후 감염/발병된 질병으로 사망 또는 1급 장해시	가입금액

15) 암진단급여금

지급사유	지급액
책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정시 1회지급(가입후 1년이내 진단시 해당보상금액의 50%지급) 계약일 이후 발생한 최초의 기타피부암,상피내암,경계성종양으로 진단 확정시(가입후 1년이내 진단시 해당보상금액의 50%지급)	암:가입금액 기타피부암,상피내암,경계성종양:가입금액의 20%

16) 2대질병진단급여금

지급사유	지급액
책임개시일 이후에 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심질환)으로 진단확정된 경우 최초 1회지급(가입후 1년이내 진단시 해당보상금액의 50%지급)	가입금액

※ 입원/통원 의료비담보는 자동차 또는 산재보험에서 보상받는 의료비 등은 보상에서 제외됩니다.
※ 입원/통원 의료비담보는 계약자의 별도 의사표시가 없는 한 1년단위로 자동갱신됩니다.
※ 통원의료비 담보는 한방병원 또는 한의원에 통원하여 치료를 받는 경우는 보상에서 제외됩니다.
※ 암에대한 책임개시일은 보험계약일로부터 90일이 지난 다음날에 시작합니다.

다. 보험금 지급제한 사항
담보별 (보상하지 아니하는 손해) 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관 내용에 따라 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

3. 가입예시 및 보험료예시표
가. 가입조건
- 기준 : 남자 35세, 월납 4만원
- 가입금액 : 간병비용(기본계약) 2,000만원,
간병연금 1,000만원

나. 보장내용
1) 간병비용

지급사유	지급액
개호상태(인식불명, 활동불능)으로 진단확정되고 180일 이상 개호상태 지속시	2천만원

2) 간병연금

지급사유	지급액
개호상태(인식불명, 활동불능)으로 진단확정되고 180일 이상 개호상태 지속시	100만원씩 36회(월지급)

다. 보험료 예시표

구 분	총납입보험료	만기환급금	만기환급률
20년납80세만기	9,600,000원	5,331,187원	55.5%

※ 위 환급금은 약관대출이율(6.5%기준)의 변경, 납입일자 등에 따라 달라질 수있습니다.

4. 보험료 산출기초
가. 보험료의 구성
보험계약자가 납입하는 보험료는 만약의 사고시보험금을 지급하는 위험보험료, 만기시 환급금을 지

급하기 위한 저축보험료 그리고 보험회사의 경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

나. 예정이율

1) 이 보험의 보장부분 예정이율은 연복리(4.0%)입니다.

2) 이 보험의 적립순보험료에 대한 적용이율은 (약관대출이율-2%)에 연동됩니다.

3) 약관대출이율이란 약관규정에 의해 계약자 대출을 받을 경우 회사가 정하는 대출이율을 말합니다.

<경과기간별 적용이율>

경과기간	적용이율
1년미만	약관대출이율 - 4%
1년이상 2년미만	약관대출이율 - 3%
2년이상	약관대출이율 - 2%

다. 예정위험율

(기본계약, 남자 40세)

담보위험	예정위험율
개호발생율	0.00351

라. 예정사업비지수

(기본계약, 남자40세, 가입금액 1천만원, 20년납 80세만기 기준)

신계약비	유지비	수금비	사업비계
86.8	102.6	40.0	84.5

※ 우리 회사에서는 귀하가 가입하신 보험계약의 체결 및 유지, 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 사업비로 책정하고 있는데, 이를 예정사업비율이라 합니다.

※ 예정사업비지수란 손해보험협회에서 매년 산출한 업계의 평균사업비 규모(사업비 항목별 업계평균을 100으로 설정)와 비교한 지수입니다. 이러한 예정사업비지수는 실제 귀하가 가입한 상품의 보장금액, 보험기간, 보험료납입기간, 납입보험료 등에 따라 차이가 발생할 수 있습니다.

5. 계약자 배당

무배당상품으로서 배당을 하지 않습니다.

무배당 365간병보험(L 3.10)
보 통 약 관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

1 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)

2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.

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

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보장부분 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조(청약의 철회)

1 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

2 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 그 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율(이하 “약관대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보

험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 전자거래기본법 제2조 제6호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서 부본을 드리지 아니할 수 있습니다.

2 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

제4조(계약의 무효)

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

제5조(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 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
④ 보험가입금액
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)

⑥ 기타 계약의 내용

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

3 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

4 계약자가 제1항 제5호중 사망보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제6조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 [별표1]에 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(계약의 소멸)

1 회사가 제17조(개호간병비)의 개호간병비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 계약은 소멸되며, 이 경우에 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 적립부분 책임준비금을 지급하여 드립니다.

2 피보험자가 보험기간 중에 사망으로 인하여 이 보험계약이 소멸되는 경우에 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만 계약자, 피보험자 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제16조(보상하지 아니하는 손해) 제2항 제1호 내지 제3호의 규정을 따릅니다.

3 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失踪宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제8조(회사의 책임의 시기 및 종기)

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

암(기타피부암을 제외합니다. 이하 같습니다.)에 대한 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날(이하 “책임개시일”이라 합니다)에 시작하며, 마지막날에 끝납니다. 단, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양의 경우, 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며, 마지막날 오후 4시에 끝납니다.

2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 책임을 지지 아니합니다.

3 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 책임을 집니다.

4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 책임을 지지 아니합니다.

① 제1항에서 정한 책임의 시기가 개시되지 아니한 경우

② 제23조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

③ 제25조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 책임을 지지 아니할 수 있는 경우

5 제2항의 보험료는 제14조(보상하는 손해)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하 “보장보험료”라 합니다.)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 “적립보험료”라 합니다.)로 구성됨. 【이하 “보장보험료”와 “적립보험료”를 합하여 “보험료”라 합니다.】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조(계약연령의 계산)

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

2 제1항에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연

령에 의하여 계약된 것으로 보고, 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.
3 피보험자의 연령이 15세 이상에 해당되는지의 여부는 만연령으로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입)

1 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
2 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액를 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제11조(보험료의 자동대출납입)

1 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고기간이 경과되기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우에는 제36조(약관대출)에 의한 약관대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 계약이 유효하게 지속됩니다.
2 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고기간까지의 이자(약관대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 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 자

동대출 납입전 납입 최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입 최고기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입 최고기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입 최고기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입 최고기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

2 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입 최고기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행 납입통지서를 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 납입 최고기간안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입 최고기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입 최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 약관대출원리금이 해약환급금을 초과하는 때에는 해약환급금과 약관대출원리금이 상계될 수 있다는 내용을 포함합니다)을 납입 최고기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활)

1 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에는 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활을 청구할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 예정이율 + 1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 함.

2 계약의 부활에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기), 제23조(계약전 알릴 의무) 및 제25조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금등의 지급(회사의 주된 의무)

제14조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 "개호상태"로 진단확정되고 그 날을 포함하여 180일이상 "개호상태"가 계속되었을 경우에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

2 회사는 제1항에 따라 "개호상태"로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "개호상태"로 진단확정된 날을 포함하여 180일 이상 "개호상태"가 계속되었을 경우 제1항에 따라 보상하여 드립니다.

제15조(개호상태의 정의 및 진단확정)

1 "개호상태"라 함은 질병이나 신체적 부상·쇠진(衰盡) 등으로 인하여 일상생활을 스스로 할 수 없는 상태로서 아래 각호중 하나에 해당되는 상태를 말합니다.

① 질병이나 신체적 부상으로 종일 누워 있으면서 다음 ㉮을 포함하고 ㉯의 ㉠~㉣중 어느 하나에 해당하는 상태를 말함.

㉮ 보행에 있어 보조기구(의수, 의족, 휠체어 등)를 사용하여도 [별표2](일상생활동작 장해 분류표)의 제1항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

㉯ 다음의 ㉠~㉣중 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 항상 타인의 간병이 필요한 경우

㉠ [별표2](일상생활동작 장해 분류표)의 제2항(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉡ [별표2](일상생활동작 장해 분류표)의 제3항(대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉢ [별표2](일상생활동작 장해 분류표)의 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉣ [별표2](일상생활동작 장해 분류표)의 제5항(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
② [별표3](기질성치매 분류표)에 정한 기질성치매로 진단확정되고 또한 치매에 의하여 다음의 ㉮, ㉯ 중 어느 하나 이상에 해당하는 상태를 말합니다.
㉮ 다음의 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 [별표2](일상생활활동장해 분류표)의 각항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 한 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
㉠ [별표2](일상생활활동장해 분류표)의 제1항(보행을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉡ [별표2](일상생활활동장해 분류표)의 제2항(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉢ [별표2](일상생활활동장해 분류표)의 제3항(대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉣ [별표2](일상생활활동장해 분류표)의 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉤ [별표2](일상생활활동장해 분류표)의 제5항(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉯ [별표4](문제행동 분류표)에 규정한 통상적인 일상생활을 일탈한 문제행위중 어느 하나의 행위 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 문제행위가 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
2 제1항 제2호의 “기질성치매”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와

동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제16조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 제14조(보상하는 손해)에도 불구하고 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 사고는 보장하여 드리지 아니합니다.

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행 위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)

⑤ 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑥ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구에 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 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑪ 제10호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

2 회사는 제1항의 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

① 제1항의 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

② 제1항의 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항의 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료

를 돌려드리지 아니합니다.

제17조(개호간병비)

회사는 피보험자가 제15조(개호상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 “개호상태”로 진단확정되고 그 날을 포함하여 180일 이상 “개호상태”가 계속되었을 경우에는 개호상태 진단후 개호발생 1회에 한하여 180일째되는 날을 기준으로 보험가입금액 전액을 개호간병비로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

제18조(만기환급금의 지급)

1 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분(영업보험료에서 정해진 사업비와 보장보험료를 공제한 적립순보험료를 말합니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제19조(해약환급금)의 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액을 만기환급금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 보장보험료는 질병입원의료비 특별약관, 질병통원의료비 특별약관, 상해입원의료비 특별약관, 상해통원의료비 특별약관, 남자7대질병입원의료비 특별약관, 여성특정질병입원의료비 특별약관, 부인과질병 및 여성만성질병입원의료비 특별약관, 암입원의료비 특별약관, 남자7대질병통원의료비 특별약관, 여성특정질병통원의료비 특별약관, 부인과질병 및 여성만성질병통원의료비 특별약관 및 암통원의료비 특별약관을 가입한 계약자가 특별약관계약을 자동갱신 하는 경우 2차년도 이후 매년 대체납입되는 갱신계약보험료를 포함한 금액으로 합니다.

제19조(해약환급금)

1 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이때 적립부분(영업보험료에서 정해진 사업비와 보장보험료를 공제한 적립순보험료를 말합니다)에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용합니다. 다만, 보험기간중에 약관대출이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며 최저보증이율은 연2%로 합니다.

경과기간	이율
1년미만	보험약관대출이율 - 4%
1년이상~2년미만	보험약관대출이율 - 3%
2년이상	보험약관대출이율 - 2%

2 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

3 제1항의 보장보험료는 질병입원의료비 특별약관, 질병통원의료비 특별약관, 상해입원의료비 특별약관, 상해통원의료비 특별약관, 남자7대질병입원의료비 특별약관, 여성특정질병입원의료비 특별약관, 부인과질병 및 여성만성질병입원의료비 특별약관, 암입원의료비 특별약관, 남자7대질병통원의료비 특별약관, 여성특정질병통원의료비 특별약관, 부인과질병 및 여성만성질병통원의료비 특별약관 및 암통원의료비 특별약관을 가입한 계약자가 특별약관계약을 자동갱신 하는 경우 2차년도 이후 매년 대체납입되는 갱신계약보험료를 포함한 금액으로 합니다.

제20조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제21조(소멸시효)

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

제22조(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.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제23조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시

사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제24조(계약후 알릴 의무)

1 피보험자가 아래에 해당되는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 피보험자의 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우

② 피보험자의 연령을 정정할 경우

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지불을 태만히 했을 때, 회사는 아래의 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

① 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율

② 연령변경 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 함)의 연령 변경 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 함)에 대한 비율

4 계약자 또는 피보험자가 직업, 직무 또는 연령의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제25조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제24조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때
③ 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
④ 보험을 모집한 자(이하 “모집인 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반증이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.
5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제24조(계약후 알릴 의무)제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.

6 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제26조(계약취소권의 행사제한)

회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기, 강박에 의한 의사표시)중 사기에 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 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제27조(주소변경통지)

1 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제28조(보험수익자의 지정)

계약자는 수익자를 지정할 수 있으며 수익자를 지정하지 아니한 때에는 제18조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고 제17조(개호간병비용)의 경우는 피보험자로 합니다.

제29조(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 제1항의 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.

제30조(손해의 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
2 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제31조(보험금 등 청구시 구비서류)

1계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(사망진단서, 암진단서, 상피내암진단서, 암입원치료확인서, 암수술확인서등)
③ 보험증권
④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제32조(보험금의 지급)

1 회사는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3일, 재산 및 배상책임손해에 대한 보험금은 20일 이내에 지급하여 드립니다.
2 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수

익자에게 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 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
5 회사는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)의 보험금 청구서류를 접수한 경우에 있어 필요하다고 인정된 때에는 회사가 지정한 전문의에게 피보험자의 검진을 요청할 수 있습니다. 이 때 소요된 비용은 회사가 부담하며, 정당한 이유없이 계약자, 피보험자 또는 수익자가 이를 거절할 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
6 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.

제33조(환급금의 지급)

1 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
2 회사는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
3 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 만기환급금과 해약환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을

초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제34조(보험금 수령방법의 선택)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부를 일시금으로 지급받는 이외에 다음의 지급방법 중 하나를 선택할 수 있습니다.

① 일정금액으로 분할하여 수령하는 방법

② 일정기간 분할하여 수령하는 방법

③ 일정기간이 경과한 후 일시금으로 수령하는 방법

④ 일정기간 이자만 지급한 후 일시금으로 수령하는 방법

2 회사는 제1항의 규정에 따라 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)의 요청에 의하여 그 지급방법을 변경한 때에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제35조(계약내용의 교환)

회사가 개인에 대한 신용정보를 타인에게 제공·활용하고자 할 경우에는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)에서 정하는 절차에 따라 개인신용정보의 제공·활용동의서에 계약자의 동의를 받아야 하며, 동의서에 기재하는 제공할 신용정보의 내용에는 다음 각호의 사항이 포함됩니다.

① 계약자·피보험자 및 수익자의 성명, 주민등록번호 및 주소

② 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용

③ 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용

제36조(약관대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.

2 계약자는 제1항의 규정에 의한 약관대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금 등의 지급사유가

발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.
3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되고 약관대출원리금이 해약환급금을 초과하는 경우에는 그 초과된 날에 해약환급금과 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제37조(분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제38조(관할법원)
이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제39조(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.

제40조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
모집인 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함)제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제41조(회사의 손해배상책임)
회사는 계약과 관련하여 임직원, 모집인 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제42조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제43조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 365간병보험(L 3.10)
특 별 약 관

1. 간병연금 특별약관

제1조(손해보상후의 계약)

1 회사가 간병연금을 지급하였을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제15조(개호상태의 정의 및 진단확정)의 “개호상태”로 진단확정되고 그 날을 포함하여 180일이상 “개호상태”가 계속되었을 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

2 회사는 제1항에 따라 “개호상태”로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 “개호상태”로 진단확정된 날을 포함하여 180일 이상 “개호상태”가 계속되었을 경우 제1항에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(간병연금)

1 회사는 피보험자가 보통약관 제15조(개호상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 “개호상태”로 진단확정되고 그 날을 포함하여 180일 이상 “개호상태”가 계속되었을 경우에는 개호상태 진단후 개호발생 1회에 한하여 180일째되는 날을 기준으로 아래에 정한 금액을 간병연금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

기준금액	지급시기 및 지급횟수
보험가입금액의 10%	개호상태 진단후 180일째 되는 날부터 매월 확정 지급 (36회)

2 제1항의 간병연금은 수익자가 원하는 경우 이 보

험의 보장부분 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.

제4조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

2. 일반상해 담보 특별약관

제1조(손해보상후의 계약)

1 한 번의 사고에 대하여 회사가 제5조(후유장해보험금)의 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제4조(사망보험금)의 사망보험금 또는 제5조(후유장해보험금)의 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

2 제1항 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간중에 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 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 피보험자의 고의
② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
③ 계약자의 고의
④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
⑤ 피보험자의 질병 또는 심신상실
⑥ 피보험자의 정신질환으로 인한 상해
⑦ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑧ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구에 입은 손해
⑨ 피보험자의 형의 집행
⑩ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑪ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑫ 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑬ 제12호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직

무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
② 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(사망보험금)

1 피보험자가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험의 상속인)에게 지급합니다.
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.

제5조(후유장해보험금)

1 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 함)되어 [별표5](후유장해지급률표)의 각호에 정한 후유장해지급률표의 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 함)가 남았을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는

피보험자)에게 지급합니다.
2 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 함)되어 [별표5](후유장해지급률표)의 각호에 정한 후유장해지급률표의 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 함)가 남았을 경우에는 [별표5](후유장해지급률표)의 각호에 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
3 제1항 및 제2항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사의 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정합니다.
4 [별표5](후유장해지급률표)에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 [별표5](후유장해지급률표)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, [별표5](후유장해지급률표)의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
5 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 때에는 그 각각에 대한 지급률을 합산하여 제1항 내지 제4항을 적용합니다. 다만 [별표5](후유장해지급률표)의 7, 8, 9 에 언급된 상지(팔 과 손) 또는 하지(다리와 발)의 후유장해에 대한 한쪽 각각의 지급률은 60%를 한도로 합니다.

제6조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

1 피보험자가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제2조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제2조(보상하는 손해)

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 제2조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제7조(보험금의 지급한도)

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

제8조(보통약관과의 관계)

무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제7조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

3. 질병사망담보 특별약관

제1조(계약의 무효)

다음중 한가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
① 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약체결시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로

하는 보험계약을 체결하는 경우에는 이를 적용 하지 아니합니다.
② 질병사망을 담보하는 계약체결시 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하는 경우

제2조(손해보상후의 계약)

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

2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

제3조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 책임개시일 이후에 발생한 질병으로 인하여 보험기간 중에 사망하거나 아래의 장해상태가 되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

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 지난날 현재의 진단을 기준으로 하고 그 이후 보장받을 수 있는 기간중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 합니다.

2 제1항의 경우 책임개시일은 계약일로부터 적용하며, 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만, 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드리며, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제4조(보통약관과의 관계)

무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

4. 질병입원의료비(3천만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 질병으로 인하여 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 제1항의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류에서

정한 질병으로 합니다. (단, 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다.) 다만 회사의 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

3 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용 전액과 제4호의 비용중 50% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용 받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

4 제1항, 제3항에도 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 제1항, 제3항 및 제4항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

7 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.([별표6](질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)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(제왕절개 포함) 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
4 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 제1조(보상하는 손해)에 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 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 등)
③ 보험증권
④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

5. 질병입원의료비(1천만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 질병으로 인하여 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 제1항의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류에서

정한 질병으로 합니다. (단, 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다.) 다만 회사의 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

3 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용의 80%와 제4호의 비용중 40% 해당액을 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 32% 해당액을 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용 받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

4 제1항, 제3항에도 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 제1항, 제3항 및 제4항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

7 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.([별표6](질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)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(제왕절개 포함) 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
4 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 투여비

용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑨ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 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 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 등)
③ 보험증권
④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

6. 상해입원의료비(3천만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 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 실제로 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용 전액과 제4호의 비용중 50% 해당액을 1사고당 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받

지 못한 경우에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 1사고당 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용 받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 실제로 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

3 제1항, 제2항에도 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 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
⑥ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.
⑦ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑧ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑨ 피보험자의 형의 집행
⑩ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑪ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑫ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑬ 제11호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑭ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
⑮ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
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
4 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 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따

라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초 계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 등)

③ 보험증권

④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

7. 상해입원의료비(1천만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 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 실제로 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용의 80%와 제4호의 비용중 40% 해당액을 1사고당 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 32% 해당액을 1사고당 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 실제로 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

3 제1항, 제2항에도 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 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책

임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환

⑥ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.

⑦ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑧ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑨ 피보험자의 형의 집행

⑩ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑪ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑫ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑬ 제11호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑭ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
⑮ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
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
4 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 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 등)
③ 보험증권

④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는⑤ 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

8. 질병통원의료비(10만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 질병으로 인하여 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 제1항 제1호,제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.
① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
② 제1호에 대한 약사조제료

3 제1항의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류에서 정한 질병으로 합니다. (단, 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다.) 다만, 회사의 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

4 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 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 제1항, 제2항의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

5 제1항, 제2항 및 제4항에도 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 제1항, 제2항의 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

3 회사는 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 아

래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.([별표7](질병통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)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(제왕절개 포함) 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
4 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 통원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 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 합니다.

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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)

③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증

④ 보험증권

⑤ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

⑥ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

9. 질병통원의료비(5만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 질병으로 인하여 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 제1항 제1호,제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비

② 제1호에 대한 약사조제료

3 제1항의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류에서 정한 질병으로 합니다. (단, 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다.) 다만, 회사의 책임이 시작되기전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

4 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 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 제1항, 제2항의 발생통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 32%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.

5 제1항, 제2항 및 제4항에도 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 제1항, 제2항의 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합

니다.
③ 계약자의 고의
④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑥ 피보험자의 형의 집행
⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.([별표7](질병통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)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(제왕절개 포함) 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
4 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 통원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 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 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신

되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초 계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)

③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증

④ 보험증권

⑤ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

⑥ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

10. 상해통원의료비(10만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 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 제1항의 제1호, 제2호의 상해통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비

② 제1호에 대한 약사조제료

3 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 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 제1항, 제2항의 발생 상해통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 실제로 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

4 제1항, 제2항, 제3항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다.)로 인한 회사의 상해통원의료비 보

상한도는 사고일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다.
5 제1항, 제2항의 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.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 피보험자의 고의
② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
③ 계약자의 고의
④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
⑤ 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
⑥ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.
⑦ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑧ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑨ 피보험자의 형의 집행
⑩ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑪ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑫ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑬ 제11호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑭ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
⑮ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
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
4 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 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)

③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증
④ 보험증권
⑤ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑥ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)
보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

11. 상해통원의료비(5만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 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 제1항의 제1호, 제2호의 상해통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.
① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되

는 약국의 약제비
② 제1호에 대한 약사조제료
3 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 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 제1항, 제2항의 발생상해통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 32%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상하여 드립니다. 국민건강보험요율을 적용받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 실제로 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.
4 제1항, 제2항, 제3항에도 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 제1항, 제2항의 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.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 피보험자의 고의
② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
③ 계약자의 고의
④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
⑥ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.
⑦ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑧ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑨ 피보험자의 형의 집행
⑩ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑪ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑫ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑬ 제11호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑭ 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
⑮ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

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
4 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 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제4조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제3조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따

라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초 계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)

③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증

④ 보험증권

⑤ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

⑥ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

12. 암진단급여금 특별약관

제1조(계약의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보상하는 손해)의 책임개시일의 전일 이전에 암(기타피부암을 제외합니다. 이하 같습니다.)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제2조(손해보상후의 계약)

1 회사가 이 특별약관에 따라 암진단급여금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활)

부활되는 계약의 책임개시는 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활)에 따릅니다. 이 경우 부활일을 계약일로하여 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 및 제23조(계약전 알릴의무)의 규정을 다시 적용하고, 이 특별약관의 제4조(보상하는 손해) 제2항의 책임개시일을 다시 적용합니다.

제4조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정되었을 때, 또는 피보험자가 보험기간중 최초로 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정되었을 때(단, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 각각 1회의 진단확정에 한함)에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년미만 진단시 지급액	가입후 1년이후 진단시 지급액
암 진단급여금	보험가입금액의 0.5배 해당액	보험가입금액의 1배 해당액
기타피부암 진단급여금	보험가입금액의 0.1배 해당액	보험가입금액의 0.2배 해당액
상피내암 진단급여금	보험가입금액의 0.1배 해당액	보험가입금액의 0.2배 해당액
경계성종양 진단급여금	보험가입금액의 0.1배 해당액	보험가입금액의 0.2배 해당액

2 제1항의 경우 책임개시일은 암의 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며,기타피부암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 책임개시일은 계약일로부터 적용합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제5조(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

1 제4조(보상하는 손해)에서 "암"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표16](악성신생물 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암병소(Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

2 제4조(보상하는 손해)에서 "기타피부암"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

3 제4조(보상하는 손해)에서 "상피내암"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표9](상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

4 제4조(보상하는 손해)에서 "경계성종양"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식불명 또는 미상의 생물로 분류되는 질병([별표15](행동양식의 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

5 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직

(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

13. 2대질병진단급여금 특별약관

제1조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 2대질병진단급여금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 책임개시일 이후에 최초로 2대질병으로 진단확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 2대질병진단급여금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년미만 진단시 지급액	가입후 1년이후 진단시 지급액
2대질병 진단급여금	보험가입금액의 0.5배 해당액	보험가입금액의 1배 해당액

단, 피보험자가 위에서 정한 2대질병진단급여금을 지급 받은 이후에 또 다른 2대질병으로 진단확정시에는 2대질병진단급여금은 지급되지 아니합니다.

2 제1항의 "2대질병"이라 함은 허혈성심질환 및 뇌혈관질환을 말합니다.

3 제1항의 경우 책임개시일은 계약일로부터 적용합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제3조(허혈성심질환의 정의 및 진단확정)

1 제2조(보상하는 손해)에서 "허혈성심질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심질환으로 분류되는 질병([별표10](허혈성심질환 분류표) 참조)을 말합니다.

2 허혈성심질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등 하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 제2조(보상하는 손해)에서 "뇌혈관질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병([별표11](뇌혈관질환 분류표) 참조)을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등 하다고 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.

제5조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

14. 남성7대질병입원의료비(3천만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 남성7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 병원이나 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에서 치료를 받은 경우에는 아래의 입원의료비를 보상하여 드립니다.

① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 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 : 실제사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 제1항의 “남성7대질병”이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표 중 [별표12](남성7대질병 분류표)에서 정한 질병으로 합니다. 다만, 회사의 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

3 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용의 100%와 제4호의 비용중 50% 해당액을 3천만원

을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

4 제1항의 "남성7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 정하는 의료기관(한방병원, 한의원을 포함합니다.)의 의사 자격증을 가진 자에 의해 남성7대질병으로 진단되어 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 남성7대질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 경우에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 입원의료비를 결정하여 지급합니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 남성7대질병으로 진단된 경우에는 이는 남성7대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 입원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만 동일질병에 의한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

6 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종발병일로부터 계속중인 입원기간에 대한 입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.

7 제1항 내지 제4항에도 불구하고 남성7대질병에 속하는 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나 질병의 치료중에 발병된 남성7대질병에 속하는 합병증 또는 새로이 발견된 남성7대질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

8 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책

임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재 등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑤ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여 비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑥ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.
⑦ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조(남성7대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "남성7대질병"이라 함은 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다. ([별표12](남성7대질병 분류표) 참조)

① 제1항에서의 "심장질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스성 심장질환, 허혈성심질환, 폐성 심장질환 및 폐순환 질환, 기타형태의 심장질환으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 심장질환 참조)을 말합니다. 또한 "심장질환"중 "급성심근경색증"이라 함은 제4차 한국표준질병 사인분류의 허혈성

심질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.
② 제1항에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 대뇌혈관 질환으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다. 또한 "뇌혈관질환"중 "뇌졸중"이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색(증), 대뇌경색(증)을 유발하지 않는 뇌전동맥 또는 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(분류번호 I60~I63, I65~I66)을 말합니다.
③ 제1항에서의 "간질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 간질환 참조)을 말합니다.
④ 제1항에서의 "고혈압"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 고혈압성 질환으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 고혈압 참조)을 말합니다.
⑤ 제1항에서의 "당뇨병"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 당뇨병으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 당뇨병 참조)을 말합니다.
⑥ 제1항에서의 "만성 호흡기질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 천식, 천식지속상태로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표)중 만성 호흡기질환 참조)을 말합니다.
⑦ 제1항에서의 "위궤양 및 십이지장궤양"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.
2 제1항의 "남성7대질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국

외의 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.

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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제5조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제4조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 등)

③ 보험증권

④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조

(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제7조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

15. 여성특정질병입원의료비(3천만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 여성특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 병원이나 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에서 치료를 받은 경우에는 아래의 입원의료비를 보상하여 드립니다.

① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 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 : 실제사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 제1항의 “여성특정질병”이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표 중 [별표13](여성특정질병 분류표)에서 정한 질병으로 합니다. 다만, 회사의 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고

있었던 때에는 보상하여 드립니다.
3 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용의 100%와 제4호의 비용중 50% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.
4 제1항의 "여성특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 정하는 의료기관(한방병원, 한의원을 포함합니다.)의 의사 자격증을 가진 자에 의해 여성특정질병으로 진단되어 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 여성특정질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 경우에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 입원의료비를 결정하여 지급합니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 여성특정질병으로 진단된 경우에는 이는 여성특정질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 입원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만 동일질병에 의한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.
6 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종발병일로부터 계속중인 입원기간에 대한 입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.
7 제1항 내지 제4항에도 불구하고 여성특정질병에 속하는 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나 질병의 치료중에 발병된 여성특정질병에 속하는 합병증 또는 새로이 발견된 여성특정질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상

하여 드립니다.

8 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

① 한약재 등의 보신용 투약비용

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비

③ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용

④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비

⑤ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여 비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

⑥ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

⑦ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조(여성특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "여성특정질병"이라 함은 심장질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 신부전을 말합니다. ([별표13](여성특정질병 분류표) 참조)

① 제1항에서의 "심장질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스성 심장질환, 허혈성심질환, 폐성 심장질환 및 폐순환 질환, 기타형태의 심장질환으로 분류되는

질병([별표13](여성특정질병분류표) 중 심장질환 참조)을 말합니다. 또한 "심장질환"중 "급성심근경색증"이라 함은 제4차 한국표준질병 사인분류의 허혈성 심질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.

② 제1항에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 대뇌혈관 질환으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표) 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다. 또한 "뇌혈관질환"중 "뇌졸중"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색(증), 대뇌경색(증)을 유발하지 않는 뇌전동맥 또는 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(분류번호 I60~I63, I65~I66)을 말합니다.

③. 제1항에서의 "고혈압"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 고혈압성 질환으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표) 중 고혈압 참조)을 말합니다.

④ 제1항에서의 "당뇨병"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 당뇨병으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표) 중 당뇨병 참조)을 말합니다.

⑤ 제1항에서의 "위궤양 및 십이지장궤양"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표)중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.

⑥ 제1항에서의 "신부전"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 신부전으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표)중 신부전 참조)을 말합니다.

2 제1항의 "여성특정질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견 (X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사등), 임상학적 소견

및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제5조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제4조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 등)
③ 보험증권
④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제7조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

16. 부인과질병 및 여성만성질병 입원의료비(3천만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 부인과질병 및 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 병원이나 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에서 치료를 받은 경우에는 아래의 입원의료비를 보상하여 드립니다.

① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 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 : 실제사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 제1항의 “부인과질병 및 여성만성질병”이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표 중 [별표14](부인과질병 및 여성만성질병 분류표)에서 정한 질병으로 합니다. 다만, 회사의 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

3 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용

의 100%와 제4호의 비용중 50% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

4 제1항의 "부인과질병 및 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 정하는 의료기관(한방병원, 한의원을 포함합니다.)의 의사 자격증을 가진 자에 의해 부인과질병 및 여성만성질병으로 진단되어 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 부인과질병 및 여성만성질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 경우에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 입원의료비를 결정하여 지급합니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 부인과질병 및 여성만성질병으로 진단된 경우에는 이는 부인과질병 및 여성만성질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 입원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만 동일질병에 의한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

6 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종발병일로부터 계속중인 입원기간에 대한 입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.

7 제1항 내지 제4항에도 불구하고 부인과질병 및 여성만성질병에 속하는 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나 질병의 치료중에 발병된 부인과질병 및 여성만성질병에 속하는 합병증 또는 새로이 발견된 부인과질병 및 여성만성질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

8 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재 등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑤ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여 비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑥ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.
⑦ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조(부인과질병 및 여성만성질병의 정의 및 진단확정)

이 계약에 있어서 "부인과질병 및 여성만성질병"이라 함은 골다공증, 관절염, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성질환, 여성생식기의 비염증성 장애를 말합니다. ([별표14](부인과질병 및 여성만성질병 분류표) 참조)

제4조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제5조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제4조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 등)
③ 보험증권
④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제7조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니

다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

17. 암 입원의료비(3천만원한도) 특별약관

제1조(계약의 무효)

피보험자가 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)의 보험계약일로부터 보통약관의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제1항에서 정한 암(기타피부암을 제외합니다. 이하 같습니다.)에 대한 책임개시일의 전일 이전에 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제1항에서 정한 암에 대한 "책임개시일"이후에 최초의 암으로 진단 확정되어 암의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 병원이나 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에서 치료를 받은 경우에는 아래의 입원의료비를 보상하여 드립니다.

① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 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 : 실제사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 제1항의 "암"이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나

발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표 중 [별표8](악성신생물 분류표)에서 정한 질병으로 합니다.

3 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용의 100%와 제4호의 비용중 50% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험 수가를 적용받지 못한 경우에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

4 제1항의 "암의 치료를 직접적인 목적으로 입원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 정하는 의료기관(한방병원, 한의원을 포함합니다.)의 의사 자격증을 가진 자에 의해 암으로 진단되어 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 경우에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 입원의료비를 결정하여 지급합니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적 으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 입원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만 동일질병에 의한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

6 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종발병일로부터 계속중인 입원기간에 대한 입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.

7 제1항 내지 제4항에도 불구하고 암에 속하는 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나 질병의 치료중에 발병된 암에 속하는 합병증 또는 새로이 발견된 암의 치료가 병행되는 때에는 동일질병

으로 간주하여 보상하여 드립니다.

8 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및

사용
⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재 등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑤ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여 비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑥ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.
⑦ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표8](악성신생물 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)와 [별표8](악성신생물 분류표)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 인정 됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.

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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제6조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제5조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 보통약관의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 등)

③ 보험증권

④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인

감증명서)
⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제8조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

18. 남성7대질병통원의료비(10만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 남성7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 남성7대질병통원의료비를 보상하여 드립니다.
① 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
② 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
2 제1항의 제1호, 제2호의 남성7대질병통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.
① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
② 제1호에 대한 약사조제료
3 제1항의 “남성7대질병”이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감

염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표 중 [별표12](남성7대질병 분류표)에서 정한 질병으로 합니다. 다만, 회사의 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

4 제1항의 "남성7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 정하는 의료기관(한방병원, 한의원, 치과병원, 치과의원을 제외합니다.)의 의사 자격증을 가진 자에 의해 남성7대질병으로 진단되어 직접적인 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 남성7대질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 경우에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 통원의료비를 결정하여 지급합니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 남성7대질병으로 진단된 경우에는 이는 남성7대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

5 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 비용에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한금액을 최고 10만원한도로 보상하여 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험수가를 적용받지 못한 경우에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%을 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.

6 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 질병통원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일 질병에 의한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

7 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 남성7대질

병에 속하는 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원하거나 질병의 치료중에 발병된 남성7대질병에 속하는 합병증 또는 새로이 발견된 남성7대질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

8 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭

발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재 등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑤ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여 비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑥ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.
⑦ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조(남성7대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "남성7대질병"이라 함은 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다. ([별

표12](남성7대질병 분류표) 참조)
① 제1항에서의 "심장질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스성 심장질환, 허혈성심질환, 폐성 심장질환 및 폐순환 질환, 기타형태의 심장질환으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 심장질환 참조)을 말합니다. 또한 "심장질환"중 "급성심근경색증"이라 함은 제4차 한국표준질병 사인분류의 허혈성 심질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.
② 제1항에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 대뇌혈관 질환으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다. 또한 "뇌혈관질환"중 "뇌졸중"이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색(증), 대뇌경색(증)을 유발하지 않는 뇌전동맥 또는 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(분류번호 I60~I63, I65~I66)을 말합니다.
③ 제1항에서의 "간질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 간질환 참조)을 말합니다.
④ 제1항에서의 "고혈압"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 고혈압성 질환으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 고혈압 참조)을 말합니다.
⑤ 제1항에서의 "당뇨병"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 당뇨병으로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 당뇨병 참조)을 말합니다.
⑥ 제1항에서의 "만성 호흡기질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 천식, 천식지속상태로 분류되는 질병([별표12](남성7대질병분류표)중 만성 호흡기질환 참조)을 말합니다.
⑦ 제1항에서의 "위궤양 및 십이지장궤양"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되

는 질병([별표12](남성7대질병분류표) 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.
2 제1항의 "남성7대질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제5조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제4조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)
③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증
④ 보험증권
⑤ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑥ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제7조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

19. 여성특정질병통원의료비(10만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 여성특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원 하여 치료를 받은 경우에는 아래의 여성특정질병 통원의료비를 보상하여 드립니다.
① 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
② 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
2 제1항의 제1호, 제2호의 여성특정질병통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의

비용을 포함합니다.
① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
② 제1호에 대한 약사조제료
3 제1항의 “여성특정질병”이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표 중 [별표13](여성특정질병 분류표)에서 정한 질병으로 합니다. 다만, 회사의 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.
4 제1항의 "여성특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원" 이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 정하는 의료기관(한방병원, 한의원, 치과병원, 치과의원을 제외합니다.)의 의사 자격증을 가진 자에 의해 여성특정질병으로 진단되어 직접적인 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 여성특정질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 경우에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 통원의료비를 결정하여 지급합니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 여성특정질병으로 진단된 경우에는 이는 여성특정질병의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
5 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 비용에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한금액을 최고 10만원한도로 보상하여 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험수가를 적용받지 못한 경우에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%을 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.
6 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 질병통원의료비 보상한도는 발병일로

부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일 질병에 의한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

7 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 여성특정질병에 속하는 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원하거나 질병의 치료중에 발병된 여성특정질병에 속하는 합병증 또는 새로이 발견된 여성특정질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

8 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재 등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑤ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여 비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑥ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.
⑦ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료

제3조(여성특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "여성특정질병"이라 함은 심장질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 신부전을 말합니다. ([별표13](여성특정질병 분류표) 참조)

① 제1항에서의 "심장질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스성 심장질환, 허혈성심질환, 폐성 심장질환 및 폐순환 질환, 기타형태의 심장질환으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표) 중 심장질환 참조)을 말합니다. 또한 "심장질환"중 "급성심근경색증"이라 함은 제4차 한국표준질병 사인분류의 허혈성심질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.

② 제1항에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 대뇌혈관 질환으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표) 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다. 또한 "뇌혈관질환"중 "뇌졸중"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색(증), 대뇌경색(증)을 유발하지 않는 뇌전동맥 또는 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(분류번호 I60~I63, I65~I66)을 말합니다.

③. 제1항에서의 "고혈압"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 고혈압성 질환으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표) 중 고혈압 참조)을 말합니다.

④ 제1항에서의 "당뇨병"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 당뇨병으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표) 중 당뇨병 참조)을 말합니다.

⑤ 제1항에서의 "위궤양 및 십이지장궤양"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병([별표13](여성특정질병분류표)중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.

⑥ 제1항에서의 "신부전"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 신부전으로 분류되는 질병

([별표13](여성특정질병분류표)중 신부전 참조)을 말합니다.

2 제1항의 "여성특정질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견 (X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.

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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제5조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제4조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)
③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증
④ 보험증권
⑤ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑥ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제7조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

20. 부인과질병 및 여성만성질병 통원의료비(10만원한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 부인과질병 및 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 부인과질병 및 여성만성질병 통원의료비를 보상하여 드립니다.
① 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
② 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
2 제1항의 제1호, 제2호의 부인과질병 및 여성만성

질병통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.
① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
② 제1호에 대한 약사조제료
3 제1항의 부인과질병 및 여성만성질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표 중 [별표14](부인과질병 및 여성만성질병 분류표)에서 정한 질병으로 합니다. 다만, 회사의 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.
4 제1항의 "부인과질병 및 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 정하는 의료기관(한방병원, 한의원, 치과병원, 치과의원을 제외합니다.)의 의사 자격증을 가진 자에 의해 부인과질병 및 여성만성질병으로 진단되어 직접적인 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 부인과질병 및 여성만성질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 경우에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 통원의료비를 결정하여 지급합니다. 다만, 질병명미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 부인과질병 및 여성만성질병으로 진단된 경우에는 이는 부인과질병 및 여성만성질병의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
5 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 비용에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한금액을 최고 10만원한도로 보상하여 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험수가를 적용받지 못한 경우에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%을 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.
6 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 동일질병

또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 질병통원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일 질병에 의한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

7 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 부인과질병 및 여성만성질병에 속하는 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원하거나 질병의 치료중에 발병된 부인과질병 및 여성만성질병에 속하는 합병증 또는 새로이 발견된 부인과질병 및 여성만성질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

8 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난

및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑥ 피보험자의 형의 집행
⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재 등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑤ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여 비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

⑥ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.
⑦ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조(부인과질병 및 여성만성질병의 정의 및 진단확정)

이 계약에 있어서 "부인과질병 및 여성만성질병"이라 함은 골다공증, 관절염, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성질환, 여성생식기의 비염증성 장애를 말합니다. ([별표14](부인과질병 및 여성만성질병 분류표) 참조)

제4조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.
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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제5조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제4조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초계약의 보험료와의 차액을 무배당 365간병보험(L3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를

제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)
③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증
④ 보험증권
⑤ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑥ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제7조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

21. 암 통원의료비(10만원한도) 특별약관

제1조(계약의 무효)

피보험자가 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 보험계약일로부터 보통약관의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제1항에서 정한 암(기타피부암을 제외합니다. 이하 같습니다.)에 대한 책임개시일의 전일 이전에 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제1항에서 정한 암에 대한 “책임개시일”이후에 최초의 암으로 진단 확정되어 암의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 암 통원의료비를 보상하여 드립니다.

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

② 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

2 제1항의 제1호, 제2호의 암통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비

② 제1호에 대한 약사조제료

3 제1항의 암이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표 중 [별표8](악성신생물 분류표)에서 정한 질병으로 합니다.

4 제1항의 "암의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 정하는 의료기관(한방병원, 한의원, 치과병원, 치과의원을 제외합니다.)의 의사 자격증을 가진 자에 의해 암으로 진단되어 직접적인 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 경우에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 통원의료비를 결정하여 지급합니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 암으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

5 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 비용에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한금액을 최고 10만원한도로 보상하여 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험수가를 적용받지 못한 경우에는 통원 1일당 제1항, 제2항의

발생통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%을 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험 수가를 적용받지 못하는 경우란 국민건강보험에 미가입된 경우등을 말합니다.

6 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 질병통원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일 질병에 의한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

7 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 암에 속하는 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원하거나 질병의 치료중에 발병된 암에 속하는 합병증 또는 새로이 발견된 암의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

8 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 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.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

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

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합

니다.
③ 계약자의 고의
④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해
⑥ 피보험자의 형의 집행
⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑩ 제9호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염
⑪ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재 등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료

비
⑤ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여 비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑥ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.
⑦ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표8](악성신생물 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)와 [별표8](악성신생물 분류표)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 인정 됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 1년으로 합니다.

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 제2항에 의하여 이 특별약관 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 아니합니다.

제6조(보험료의 대체납입)

1 계약자는 제5조(보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료와 최초 계약의 보험료와의 차액을 보통약관의 제8조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제5항에 정한 적립보험료에서 대체하거나 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 방법으로 갱신계약 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 제1항을 적용하지 아니하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)

③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증

④ 보험증권

⑤ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

⑥ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제8조(보통약관과의 관계)

보통약관의 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관의 제18조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

22. 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 날 중 보험계약자가 희망하는 일자로 합니다.

제3조 (계약후 알릴 의무)

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

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

가. 초회보험료자동납입 추가특별약관

제1조 (보험료의 납입)

1 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)는 제1회 보험료를 이 추가특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.

2 제1항의 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 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

23. 신용카드 이용 보험료납입 특별약관

제1조 (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 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지된 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

24. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 무배당 365간병보험(L 3.10) 보통

약관(이하 “보통약관”이라 하며, 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함됩니다.)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어 집니다.

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

제2조(보상하지 아니하는 손해)

1 우리 회사(이하“회사”라 합니다.)는 보통약관의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인것과 배기량이 125cc이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다.)]와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59KW미만)인 이륜자동차를 말합니다.

3 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활)

회사는 이 특별약관의 부활청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

[별표1] 해약환급금예시표

(1) 기본계약

※ 기 준 : 남자 35세, 상해급수 1급, 20년납 80세만기
(가입금액 4,000만원, 월납보험료 8만원 기준)

경과기간	기본계약
5년	3,917,159
10년	9,035,702
20년	21,644,896
30년	27,638,533
45년	8,979,238

※약관대출이율(6.0%기준)변경 등에 따라 달라질 수 있습니다.

(2) 일반상해, 질병사망 담보특약

(가입금액 1,000만원 기준)

경과기간	일반상해	질병사망
5년	20,373	550,783
10년	54,660	1,253,070
20년	137,510	2,860,910
30년	95,970	3,412,560
45년	0	0

(3) 간병연금, 암진단급여금, 2대질병진단급여금 담보특약 (가입금액 1,000만원 기준)

경과 기간	간병연금	암진단급여금	2대질병 진단급여금
5년	1,071,947	397,773	503,645
10년	2,440,020	909,660	1,169,780
20년	5,755,600	1,948,120	2,731,580
30년	7,133,500	1,788,710	3,112,530
45년	0	0	0

※ 의료비담보(1년만기 자동갱신특약)을 가입한 경우 해약환급금이 변경될 수 있습니다.

[별표2] 일상생활동작 장해 분류표

1. 보행을 스스로 할 수 없음
① 두손두발로 기거나, 무릎 또는 엉덩이를 바닥에 붙이지 않으면 이동할 수 없다.
② 혼자서는 뒤집지 못하거나 침대위에서 조금 밖에 이동할 수 없다.
③ 혼자서는 전혀 이동할 수 없다.

2. 음식물 섭취를 스스로 할 수 없음
① 혼자서는 식사도구를 사용하여 식사할 수 없다.
② 혼자서는 전혀 식사할 수 없다. (신체의 장해에 의해 요양 중이어서 입을 통한 영양섭취 및 식사가 불가능하여 혈관 또는 신체에 튜브를 통해 수액제를 삽입하거나 유동식으로 영양공급이 한정되어 있는 상태를 포함함)

3. 대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음
① 혼자서는 배변을 닦아내는 것이 불가능하다.
② 혼자서는 배변을 위해 앉아 있는 자세를 취할 수 없다.
③ 잦은 실금으로 인하여 기저귀 또는 특수용기를 사용하고 있다.
④ 치료를 위한 절대안정으로 침상에서 특수용기를 사용하여 배설행위를 해야 한다.

4. 목욕을 스스로 할 수 없음
① 혼자서는 몸을 씨거나 닦거나 할 수 없다.
② 혼자서는 욕조에 출입을 할 수 없다.
③ 혼자서는 전혀 목욕을 할 수 없다.

5. 의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음
① 혼자서는 옷을 입거나 벗을 수 없다.

[별표3] 기질성치매분류표

약관에서 규정하는「기질성치매」란 제4차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
1. 알쯔하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

제5차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4] 문제행동 분류표

1. 배회하다. 또는 길을 잃는다.
2. 과식, 거식 또는 이식(음식물이 아닌 종류를 섭취)을 한다.
3. 장소에 가리지 않고 배설을 한다. 또는 신체의 배설물을 묻히거나 만지는 등의 불결한 행위를 한다.
4. 폭력행위 또는 파괴행위를 한다.
5. 흥분해서 소동을 피운다.
6. 문단속을 제대로 하지 못한다.
7. 물건을 훔친다. 또는 마구 물건을 모은다.

[별표5] 후유장해 지급률표

해당 보험가입금액에 대한 %임.

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

< 용 어 풀 이 >

1. 귓바퀴의 결손
   귓바퀴의 연골부의 $\frac{1}{2}$이상 결손된 경우
2. 이의 결손
   치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 $\frac{1}{3}$이상

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

① 손바닥 반 크기 이상의 추상

② 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔

③ 직경 5㎝ 이상의 조직 함몰

2) 머리

① 손바닥 크기 이상의 반흔 및 모발결손

② 두개골의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상

나. 외모의 추상

1) 얼굴

① 손바닥 $\frac{1}{4}$ 크기 이상의 추상

② 길이 5㎝ 이상의 추상 반흔

③ 직경 2㎝ 이상의 조직 함몰

2) 머리

① 손바닥 $\frac{1}{2}$ 크기 이상의 반흔 및 모발결손

② 두개골의 손바닥 $\frac{1}{2}$ 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 $\frac{1}{2}$ 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 $\frac{1}{4}$ 이하로 제한 된 때

5) 중등도의 운동장해

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

7) 일상생활의 기본동작
① 이동동작
② 음식물 섭취동작
③ 옷입고 벗기 동작
④ 대소변의 배설 후 뒷처리
⑤ 목욕 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

[별표6] 질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원의료비 약관에서 면책질병으로 규정하는 질병은 제4차 한국표준질병사인분류(KCD:통계청 고시 제1993-3호, 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.

[별표7] 질병통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병

※질병통원의료비 약관에서 면책질병으로 규정하는 질병은 제4차 한국표준질병사인분류 (KCD:통계청 고시 제1993-3호, 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,중추신경계의염증성질환(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 이외에약관에서 규정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표8] 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	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 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C69-C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73-C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9] 상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류 번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표10] 허혈성심질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 질 병	분류 번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 속발성 심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
6. 만성 허혈성 심장병	I25

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표11] 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
6. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
7. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표12] 남성7대질병 분류표

약관에 규정하는 남성7대질병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다

대상질병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열 만성류마티스성 심장질환 허혈성 심질환 폐성심장질환 및 폐순환 질환 기타형태의 심장질환	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52
뇌혈관질환	대뇌혈관 질환	I60 ~ I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환	B15 ~ B19 K70 ~ K77
고혈압	고혈압성 질환	I10 ~ I15
당뇨병	당뇨병	E10 ~ E14
만성 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은기관지염 단순성 및 점액농성만성기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27

제5차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표13] 여성특정질병 분류표

약관에 규정하는 여성특정질병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다

대상질병		분류번호
심장 질환	급성 류마티스열 만성류마티스성 심장질환 허혈성 심질환 폐성심장질환 및 폐순환 질환 기타형태의 심장질환	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52
뇌혈관질환	대뇌혈관 질환	I60 ~ I69
고혈압	고혈압성 질환	I10 ~ I15
당뇨병	당뇨병	E10 ~ E14
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
신부전	신부전	N17 ~ N19

제5차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표14] 부인과질병 및 여성만성질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병 및 여성만성질병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다

구분	대상질병	분류번호
부인과질병	유방의 장애 여성골반내 장기의 염증성 질환 여성생식기의 비염증성 장애	N60 ~ N64 N70 ~ N77 N80 ~ N95
여성만성 질병	골다공증 관절염	M80 ~ M82 ,M84 M00 ~ M25

제5차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표15] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표16] 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
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 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C69-C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73-C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.