

판매개시일 : 2023년 9월 1일

본 약관은 2023년 9월 1일 이후 신규 가입된 계약부터 적용됩니다.

**무배당 AIG 올인원
간편보험Ⅱ2309
(1종(간편고지형))
(약관코드 L0378-1)**



* AIG 소개

아메리칸 인터내셔널 그룹(AIG)은 업계를 선도하는 글로벌 보험회사입니다. 100년간 쌓아온 경험을 토대로 AIG는 현재 80개 이상의 국가 및 관할지역 고객들에게 손해 보험, 생명보험 및 퇴직연금, 모기지보험 등 금융 서비스를 광범위하게 제공하고 있습니다. AIG의 다양한 상품과 서비스는 기업과 개인의 자산을 보호하고 위기를 관리하며 안전한 은퇴생활을 도와줍니다. AIG의 보통 주식은 뉴욕증권거래에 상장되어 있습니다.



약관을 쉽게 이용할 수 있는 약관 이용 Guide Book

① 보험약관이란?

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

② 한 눈에 보는 약관의 구성

약관이용
가이드북



약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록
약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서

시각화된
약관요약서



약관을 쉽게 이해할 수 있도록
계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단 요약한 약관

보험약관
(주계약&특약)



주계약(보통약관) : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관
특약(특별약관) : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한
사항을 정한 약관

용어해설



약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률·보험용어의 해설, 관련법규 등을
소비자에게 안내

③ QR코드를 통한 편리한 정보 이용



QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



약관해설 동영상

보험금 지급절차



11. 보험금지급절차

④ 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

1. 보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조(보험금의 지급사유), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	 영상자료
*본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「 보험금 지급사유 및 미지급사유 」도 반드시 확인할 필요		
2. 청약 철회	제19조(청약의 철회)	 영상자료
3. 계약취소	제20조(약관교부 및 설명의무 등)	 영상자료
4. 계약무효	제21조(계약의 무효)	 영상자료
5. 계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제14조(계약 전 알릴 의무) 제16조(알릴 의무 위반의 효과)	 영상자료
6. 계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제16조(알릴 의무 위반의 효과)	 영상자료
7. 보험료 연체 및 해지	제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	 영상자료
8. 부활(효력회복)	제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	 영상자료
9. 해약환급금	제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제34조(계약자적립액)	 영상자료
10. 보험계약대출	제35조(보험계약대출)	 영상자료

⑤ 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **6가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1	시각화된 ' 약관요약서 '를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의 사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	→ 약관 요약서
2	' 약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기 '를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	→ 핵심 체크항목
3	약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설 , 약관본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	→ 용어 해설
4	스마트폰으로 QR코드 를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	→ QR코드
5	' 약관본문 Box ' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	→ 약관본문 Box
6	약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

⑥ 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.aig.co.kr)**, **고객 콜센터(1544-2792)**로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은
금융감독원 금융소비자정보 포털(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능



쉽게 이해하는 약관 요약서

I. 보험계약의 개요

- 보험회사명 : AIG손해보험
- 보험상품명 : 무배당 AIG 올인원 간편보험Ⅱ2309(1종(간편고지형))(갱신형)
- 보험상품의 종류 : 상해보험

01. 상품의 주요 특징

피보험자의 신체

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 AIG 올인원 간편보험Ⅱ2309(1종(간편고지형))(갱신형)

1. 무배당 : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
2. 간편보험 : 일반 상품 대비 간편한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.(1종에 한함)
3. 갱신형 : 보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있습니다.

보장성보험

[사망, 상해, 질병 등]



간편심사보험

[일반인 가입시 불리]

제한적
심사

보험료 갱신형



예금자보호

KDIC
보호금융상품
1인당 최고 5천만원

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항

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

○ 면책기간/감액지급

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)되는 담보와 보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

■ ■ ■ 면책 및 감액 적용 담보

담보명	최초계약과 부활계약의 면책기간	최초계약일 후 1년미만 감액지급
[갱신형]일반암(소액암제외)진단비(간편심사)	가입 후 90일 간 보장 제외	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]소액암진단비(간편심사)	가입 후 90일 간 보장 제외	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]중증갑상선암진단비(간편심사)	가입 후 90일 간 보장 제외	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]중증치매진단비(간편가입)	가입 후 2년 간 보장 제외	-
[갱신형]경증이상치매진단비(간편가입)	가입 후 2년 간 보장 제외	-
[갱신형]중증치매생활자금(간편가입)	가입 후 2년 간 보장 제외	-
[갱신형]질병사망(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]질병수술비(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]질병수술비(백내장 및 특정장질환 제외)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]83대질병수술비(6대질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]83대질병수술비(16대특정질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]83대질병수술비(23대생활질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]83대질병수술비(37대생활질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]83대질병수술비(당뇨병질환)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]86대질병수술비(3대다빈도질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]86대질병수술비(6대질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]86대질병수술비(16대특정질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]86대질병수술비(23대생활질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]86대질병수술비(37대생활질병)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]86대질병수술비(당뇨병질환)(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]갑상선질환수술비(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]질병입원일당(간편고지, 1일이상 180일한도)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 180일한도)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 10일한도)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 30일한도)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]질병사망유족생활자금(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]유사암진단비(간편심사)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]뇌출혈진단비(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]급성심근경색증진단비(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]뇌졸중진단비(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]뇌혈관질환진단비(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]허혈성심장질환진단비(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]일반암(소액암제외)진단 생활자금(간편심사)	가입 후 90일 간 보장 제외	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]뇌출혈진단 생활자금(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급
[갱신형]급성심근경색증진단 생활자금(간편고지)	-	보험가입금액의 50% 지급

민원 사례

A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 **암 진단비를 청구**

→ 보험회사는 보험가입 후 **90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움**을 안내

○ 보장한도

이 보험에는 **보험금이 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

■■■보장한도 적용 담보

담보명	보장한도
[갱신형]상해사망(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]질병사망(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]상해입원일당(간편고지, 1일이상 180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
[갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 180일한도)	4일 이상 180일 한도로 보장
[갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 10일한도)	4일 이상 10일 한도로 보장
[갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 30일한도)	4일 이상 30일 한도로 보장
[갱신형]질병입원일당(간편고지, 1일이상 180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
[갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 180일한도)	4일 이상 180일 한도로 보장
[갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 10일한도)	4일 이상 10일 한도로 보장
[갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 30일한도)	4일 이상 30일 한도로 보장
[갱신형]상해사망유족생활자금(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]질병사망유족생활자금(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]일반암(소액암제외)진단비(간편심사)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]소액암진단비(간편심사)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]중증갑상선암진단비(간편심사)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]유사암진단비(간편심사)	각각 최초 1회에 한해 보장
[갱신형]뇌출혈진단비(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]급성심근경색증진단비(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]뇌졸중진단비(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]뇌혈관질환진단비(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]허혈성심장질환진단비(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]중증치매진단비(간편가입)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]경증이상치매진단비(간편가입)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]중증치매생활자금(간편가입)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]일반암(소액암제외)진단 생활자금(간편심사)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]뇌출혈진단 생활자금(간편고지)	최초 1회에 한해 보장
[갱신형]급성심근경색증진단 생활자금(간편고지)	최초 1회에 한해 보장

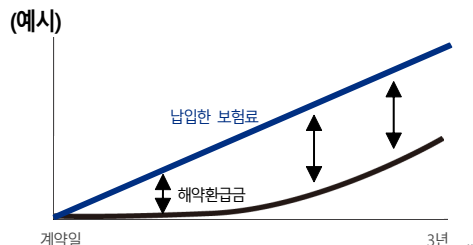
02. 해약환급금에 관한 사항

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

!! 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

주의

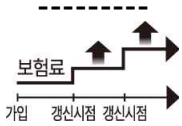
*해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결 유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급



03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

● 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

!! 주의
보험료갱신형



갱신형 계약은 **갱신할 때 마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약

해당 담보 : 담보명 앞에 [갱신형]이 붙어있는 담보

#해당되는 주계약 및 특약 명칭 기재

04. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험

보장성보험

[사망, 상해,
질병 등]



!! 주의

- ① 이 보험은 질병 및 상해보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적거나 없을 수도 있습니다.

② 간편심사보험

간편심사보험

[일반인 가입시 불리

제한적
심사 **OK**

- ① 이 보험은 **과거 병력이 있는 소비자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
- ② **일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.**

③ 예금자보험제도에 관한 사항

예금자보호



!! 주의

- ① 이 보험은 예금자보험법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
- ② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.**

Ⅲ. 보험계약의 일반사항

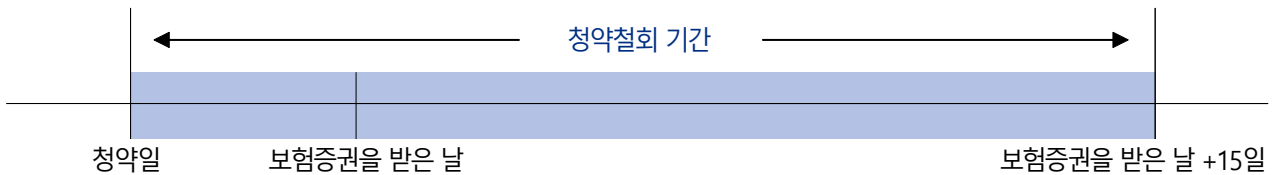


01. 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관

제19조

- 보험계약자는 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 청약 철회를 접수한 날부터 **3영업일** 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



!! [청약철회가 불가능한 경우]

- 주의 ① **청약일**부터 **30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
 ② **회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약**, 보험기간이 **90일 미만인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보통약관

제20조

- 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약을 취소**할 수 있습니다.

- ✓ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ✓ **보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ✓ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

<계약 취소 시 지급하는 금액>
 납입한 보험료 + 이자



03. 보험계약의 무효

보통약관

제21조

- 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ✓ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- ✓ 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- ✓ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

주: 상품에서 보장하는 담보에 따라 무효조항이 달라질 수 있습니다. 자세한 사항은 약관을 참고해 주시기 바랍니다.

- 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**



계약자
또는
피보험자

고의 또는 중과실로
사실과 다르게 알린 경우

계약 해지 가능
(회사)

보장 제한 가능
(회사)

!!
주의

- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로** 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원 사례



스킨스쿠버를 취미로 가끔 하던 사람이 스킨스쿠버 활동 중 사망한 사고에 대하여 상해사망 보험금 청구하였으나 스쿠버다이빙 동호회 활동 중 사망한 사고로 보상하지 아니하는 손해에 해당하여 보험금 부지급

→ 전문등반이나 스쿠버다이빙 등 위험한 활동을 직업이나 직무 또는 동호회 활동목적으로 하던 중 발생한 사망사고에 대해서는 보험금을 지급하지 아니하는 사유에 해당하여 지급되지 않습니다. 약관의 보상하지 아니하는 손해에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

법률 지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

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

보험설계사에게
이야기 했다고요!!



청약서 질문표에는
다르게 기재하셨잖아요.

청약서
질문표



05. 보험계약 후 알릴의무 및 위반시 효과

보통약관

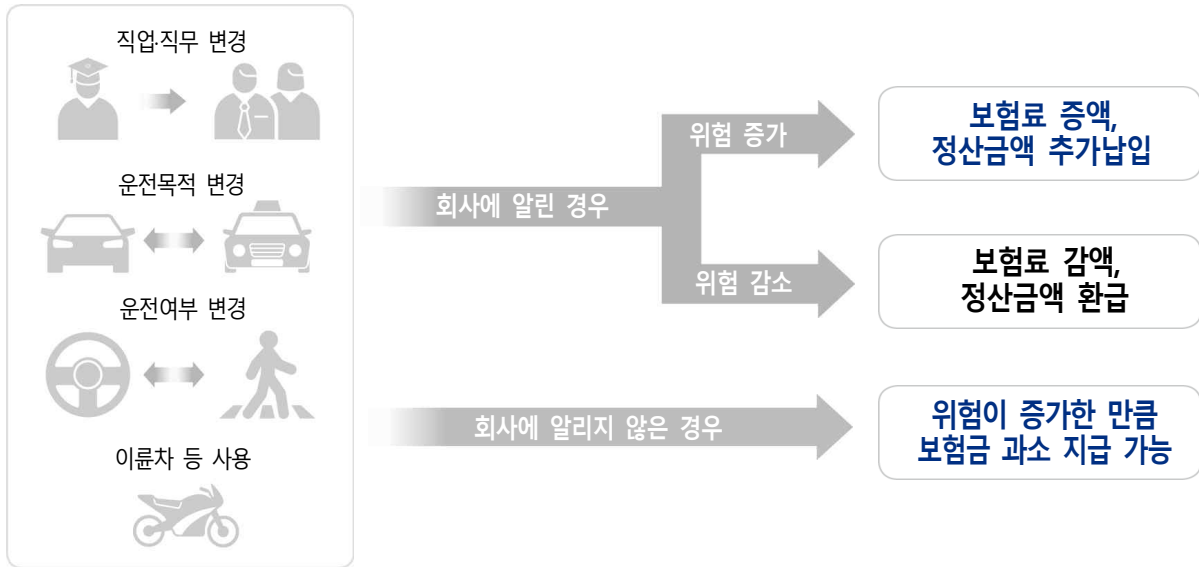
제15조/
제16조

- 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수** 있습니다.

!! 주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① **위험이 감소한 경우 보험료를 감액**하고 **정산금액을 환급**하여 드리며,
- ② **위험이 증가한 경우 보험료가 증액**되고 **정산금액의 추가 납입이 필요**할 수 있습니다.



06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보통약관

제28조

- 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

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

<예시>



✓

납입연체 : ① 보험료 납입이 연체 중이거나 ② 유니버설 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

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

!! 주의 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장**의 일부를 제한할 수 있습니다.



- 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

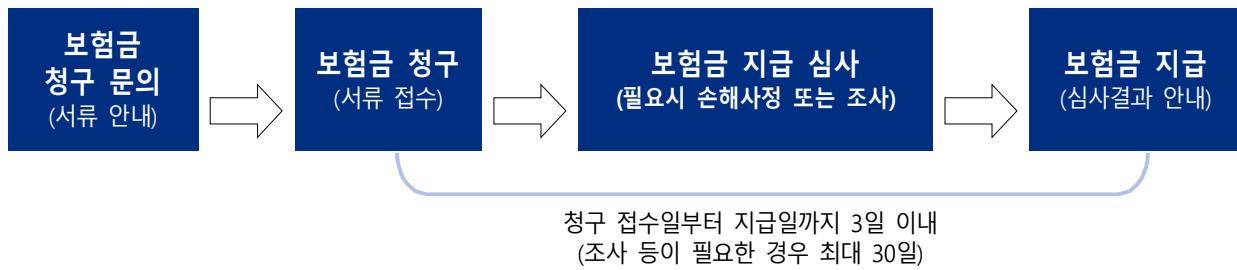
- !! 주의**
- ① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
 - ② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
 - ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

<예시>

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



- ◎ **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급합니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일이 소요될 수 있습니다.)



!! 주의 **소액 보험금 청구**시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우가 있으니, **보험금 청구** 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)				●	
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

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



꼭 알아야 할 사항
가입자 유의사항
주요내용 요약서
보험용어 해설
자주 발생하는 민원
개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

무배당 AIG 올인원 간편보험Ⅱ2309(1종(간편고지형)) 보통약관

제1장 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
제2조(용어의 정의)

제2장 보험금의 지급

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

제3장 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제16조(알릴 의무 위반의 효과)
제17조(사기에 의한 계약)

제4장 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)
제19조(청약의 철회)
제20조(약관교부 및 설명의무 등)
제21조(계약의 무효)
제22조(계약내용의 변경 등)
제23조(보험나이 등)
제24조(계약의 소멸)

제5장 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)
제27조(보험료의 자동대출납입)

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

제6장 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제31조의2(위법계약의 해지)
제32조(중대사유로 인한 해지)
제33조(회사의 파산선고와 해지)
제34조(해약환급금)
제35조(보험계약대출)
제36조(배당금의 지급)

제7장 분쟁의 조정 등

제37조(분쟁의 조정)
제38조(관할법원)
제39조(소멸시효)
제40조(약관의 해석)
제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
제42조(회사의 손해배상책임)
제43조(개인정보보호)
제44조(준거법)
제45조(예금보험에 의한 지급보장)

제8장 자동갱신

제46조(자동갱신에 관한 사항)

무배당 AIG 올인원 간편보험Ⅱ2309(1종(간편고지형)) 특별약관

1. 상해관련 특별약관

- 1-1. [갱신형]상해사망유족생활자금(간편고지) 특별약관
- 1-2. [갱신형]상해입원일당(간편고지, 1일이상 180일한도) 특별약관
- 1-3. [갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 180일한도) 특별약관
- 1-4. [갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 10일한도) 특별약관
- 1-5. [갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 30일한도) 특별약관
- 1-6. [갱신형]상해수술비(간편고지, 동일사고당 1회 지급) 특별약관

2. 질병관련 특별약관

- 2-1. [갱신형]질병사망(간편고지) 특별약관
- 2-2. [갱신형]질병사망유족생활자금(간편고지) 특별약관
- 2-3. [갱신형]뇌출혈진단비(간편고지) 특별약관
- 2-4. [갱신형]뇌출혈진단 생활자금(간편고지) 특별약관
- 2-5. [갱신형]뇌졸중진단비(간편고지) 특별약관
- 2-6. [갱신형]뇌혈관질환진단비(간편고지) 특별약관
- 2-7. [갱신형]급성심근경색증진단비(간편고지) 특별약관
- 2-8. [갱신형]급성심근경색증진단 생활자금(간편고지) 특별약관
- 2-9. [갱신형]허혈성심장질환진단비(간편고지) 특별약관
- 2-10. [갱신형]질병입원일당(간편고지, 1일이상 180일한도) 특별약관
- 2-11. [갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 180일한도) 특별약관
- 2-12. [갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 10일한도) 특별약관
- 2-13. [갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 30일한도) 특별약관
- 2-14. [갱신형]질병수술비(간편고지, 동일질병당 1회 지급) 특별약관
- 2-15. [갱신형]질병수술비(간편고지, 백내장 및 특정장질환 제외)(동일질병당 1회 지급) 특별약관
- 2-16. [갱신형]86대질병수술비(3대다빈도질병)(간편고지) 특별약관
- 2-17. [갱신형]86대질병수술비(6대질병)(간편고지) 특별약관
- 2-18. [갱신형]86대질병수술비(16대특정질병)(간편고지) 특별약관
- 2-19. [갱신형]86대질병수술비(23대생활질병)(간편고지) 특별약관
- 2-20. [갱신형]86대질병수술비(37대생활질병)(간편고지) 특별약관
- 2-21. [갱신형]86대질병수술비(당뇨병질환)(간편고지) 특별약관
- 2-22. [갱신형]갑상선질환수술비(간편고지) 특별약관
- 2-23. [갱신형]83대질병수술비(6대질병)(간편고지) 특별약관
- 2-24. [갱신형]83대질병수술비(16대특정질병)(간편고지) 특별약관
- 2-25. [갱신형]83대질병수술비(23대생활질병)(간편고지) 특별약관
- 2-26. [갱신형]83대질병수술비(37대생활질병)(간편고지) 특별약관
- 2-27. [갱신형]83대질병수술비(당뇨병질환)(간편고지) 특별약관
- 2-28. [갱신형]일반암(소액암제외)진단비(간편심사) 특별약관
- 2-29. [갱신형]일반암(소액암제외)진단 생활자금(간편심사) 특별약관
- 2-30. [갱신형]소액암진단비(간편심사) 특별약관
- 2-31. [갱신형]유사암진단비(간편심사) 특별약관
- 2-32. [갱신형]중증갑상선암진단비(간편심사) 특별약관

3. 상해 및 질병관련 특별약관

- 3-1. [갱신형]경증이상치매진단비(간편가입) 특별약관
- 3-2. [갱신형]중증치매생활자금(간편가입) 특별약관
- 3-3. [갱신형]중증치매진단비(간편가입) 특별약관

무배당 AIG 올인원 간편보험Ⅱ2309(1종(간편고지형))

제도성 특별약관

- 4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)
- 4-2. 보험료 자동납입 특별약관
- 4-3. 특정 신체부위·질병보장제한부 인수 특별약관
- 4-4. 지정대리청구서비스 특별약관
- 4-5. 이륜자동차운전및탑승중상해 부담보 특별약관
- 4-6. 제재위반 부담보 특별약관

【별표1】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

【별표2】특정 신체부위·질병보장제한부 분류표 (1) 특정 신체부위

【별표3】특정 신체부위·질병보장제한부 분류표 (2) 특정 질병

【별표4】악성신생물(암) 분류표

【별표5】제자리암 분류표

【별표6】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

【별표7】뇌출혈 분류표

【별표8】뇌졸중 분류표

【별표9】뇌혈관질환 분류표

【별표10】허혈성심장질환 분류표

【별표11】급성심근경색증 분류표

【별표12】백내장 및 특정장질환 분류표

【별표13】3대다빈도질병 분류표

【별표14】6대질병 분류표

【별표15】16대특정질병 분류표

【별표16】23대생활질병 분류표

【별표17】37대생활질병 분류표

【별표18】당뇨병질환 분류표

【별표19】갑상선질환 분류표

꼭 알아야 할 사항

1. 증권에 첨부된 약관은 계약자께서 체결한 계약에 대하여 권리의무를 행사할 수 있는 규정이므로 꼭 읽어 보시고, 의문사항이 있으면 고객센터(국번없이 1544-2792)로 문의하여 주시기 바랍니다.
2. 보험약관은 중요합니다.
보험약관에는 보험계약에 관한 보험회사와 계약자의 권리와 의무, 보험금 지급에 관한 사항 등 중요한 사항이 기재되어 있으므로 반드시 확인하시기 바라며, 향후 필요시에 참조하시기 바랍니다. 또한 이 약관내용 중 **보험증권에 명기된 항목에 한하여 고객님의게 적용**됩니다.
3. 중요사항에 대해서는 설명 받으시기 바랍니다.
보험약관의 전체적인 구성을 먼저 이해하신 후, 중요한 사항에 대해서는 설명을 받고, 보험계약을 체결하시기 바랍니다.
4. 건강상태나 직업에 대하여 회사가 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 상세히 알려 주셔야 하고, 주소 또는 연락처 및 직업이 변경된 경우에는 즉시 저희 회사에 알려 주시기 바랍니다.
5. 보험계약과 보상 등에 불편한 사항이 있으시면 저희 회사 소비자보호 상담실(02-2260-6939)로 연락을 주시면 성심껏 상담해 드리겠습니다.

□ 예금자 보호안내

1. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라, 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 "최고 5천만원까지"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.
2. 본 보험회사가 예금 등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)에 기타 지급금을 합한 금액을 최고 5천만원까지 보호합니다.
3. 위 내용은 예금자보호법 및 관련 법령의 개정에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며, 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자보호 안내책자 등을 참고하시거나 예금보험공사(☎ 1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

□ 보험모집질서 위반신고

1. 보험계약 체결과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의하여 처벌받을 수 있습니다.
2. 금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터
전화 : 1332 / 인터넷 : www.fss.or.kr
3. 사고접수, 보험처리 등 보험계약 관련 문의 :
AIG손해보험 주식회사
전화 : 1544-2792 / 팩스 : 02-2011-4610
인터넷 : www.aig.co.kr

□ 금융감독원 금융소비자보호센터

07321 서울특별시 영등포구 여의대로 38
국번없이 "1332", 휴대전화는 "(02) 1332"
인터넷 : 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)내 전자민원 창구
또는 금융민원센터(www.fcsc.kr)

가입자 유의사항

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

▶ 『보험계약관련 유의사항』

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료 사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험모집인에게 구두(말)로만 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 보험금의 지급 대상

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병 또는 재산손해도 보험금 지급 대상으로 하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 보험금이 실제 손해액을 보상하는 담보의 경우 보험사고시 다른 보험계약과 중복하여 보험금을 지급하지 않고 비례보상되므로 보험계약 체결 시 보험가입여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.

3. 자동갱신 특별약관에 관한 사항

- 자동갱신 특별약관을 가입한 경우, 자동갱신담보는 보험기간 종료일 전일까지 보험료 정상납입, 갱신 연령기간 해당 등 조건만족시 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때 매 갱신 시 계약해당일에 자동으로 갱신됩니다.
- 갱신보험료는 갱신시점의 연령 및 위험률 등을 적용함으로 대체로 증가합니다.
- 자동갱신의 조건 등 세부적인 사항은 자동갱신타별약관을 참조하시기 바랍니다.

4. 경제제재 및 금융거래제한 대상자 부담보

회사는 아래의 제재에 반하는 위험의 보장, 보험금의 지급 또는 이익의 제공을 하지 아니합니다.

- 1) UN결의에 의한 제재, 금지, 제한 사항
- 2) EU, 영국 또는 미국의 무역경제적 제재조치 또는 법률규정

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

1. 수술관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것, 신경의 차단 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

2. 입원관련 보장

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

3. 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

4. 골절관련 보장

- 골절사고를 지급사유로 하는 담보는 보험증권에 기재된 보험가입금액에 별표의 골절지급률표에서 정한 지급율을 곱하여 산출된 금액을 보험금으로 지급합니다.

주요내용 요약서

□ 자필서명

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

□ 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(다만, 청약을 한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 보험계약의 경우에는 45일)을 한도로 합니다)에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 단, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 미만인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회 기간 내에 청약철회를 하실 경우 납입한 보험료 전액을 돌려받으실 수 있습니다.

□ 계약취소

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

1. 보험계약 청약시 약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달받지 못한 경우
2. 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 경우
3. 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 아니한 경우

□ 계약무효

보험계약이 아래와 같은 경우에 해당할 경우 그 계약은 무효입니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우.
다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않음. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용함.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약을 맺을 때에 보험의 목적에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 회사는 이 계약을 무효로 하여 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

□ 계약의 소멸

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

□ 계약 전·후 알릴의무

1. 계약 전 알릴의무

보험계약자 또는 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항*에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명(음성녹음, 전자서명 포함)을 하셔야 합니다.

* 중요한 사항이라 함은 직업, 현재 및 과거병력, 장애상태, 고위험 취미(예: 암벽등반, 패러글라이딩), 타사 보험계약 가입여부 등 회사가 그 사실을 알았다더라면 보험계약 체결 및 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

2. 보험계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야 합니다.

3. 알릴 의무 위반의 효과

약관에 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

□ 보험금의 지급

회사가 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 상해손해는 3영업일, 재산 및 배상책임손해는 7일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일 등을 피보험자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다. 만약 지급일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 약관에서 정한 이율로 계산한 금액(지급이자)을 보험금에 더하여 드립니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약발췌한 것이므로, 기타 자세한 사항은 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

보험용어 해설

- **보험약관** : 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- **보험증권** : 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서
- **보험계약자** : 보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- **피보험자** : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람.
- **보험수익자** : 보험계약에 의하여 보험금을 지급받는 자를 말하며, 보험사고가 발생하는 경우 회사에 대하여 보험금의 지급을 청구할 수 있는 사람
- **보험기간** : 보험계약에 따라 보장을 받는 기간
- **보장개시일** : 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
- **보험계약일** : 보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
- **보험금** : 피보험자의 사망, 장애, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
- **해약환급금** : 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액
- **보험나이** : 1) 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 월 단위까지 계산 후, 6개월 미만은 버림, 6개월 이상은 반올림한 나이.
2) 계약일 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가함.

자주 발생하는 민원

계약 전 알릴의무 위반에 따른 보험금 부지급

사 례	A씨는 관절염 진단을 받고 치료 중 당사에 인공관절 수술비 담보 가입하였고, 가입 이후 1년이 지나서 인공관절 수술을 받고 수술비 청구하였으나 보험금 지급 거절을 받고 불만 제기
유의사항	‘계약 전 알릴의무’에 해당하는 청약시 보험사의 질문 내용은 중요하므로 반드시 사실대로 알려야 합니다.

계약 후 알릴의무 위반 건

사 례	B씨는 사무직 업무를 하면서 당사에 상해사망담보 가입 이후 현장업무로 변경하였으나 변경 업무를 통지하지 않고 사고발생하여 보험금 삭감지급 받아서 불만제기
유의사항	‘계약 후 알릴의무’에 해당하는 내용은 중요하므로 지체없이 사실대로 알려야 합니다.

자기부담금 공제

사 례	C씨는 운동 중 허리를 다쳐서 병원에 통원 물리치료 받고, 당사에 통원의료비 청구함. 그러나 1일당 통원 자기부담금보다 청구액이 작아서 보상받지 못함.
유의사항	약관에 기재된 자기부담금 및 보상범위를 참고 바랍니다.

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 관리 안내문

□ 금융서비스의 이용 범위

1. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.
2. 고객은 영업장·콜센터 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

□ 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 상의 고객 권리

1. 본인정보의 제3자 제공 사실 통보 요구
고객은 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제 35조에 따라 회사가 본인정보를 전국은행연합회, 손해 보험협회, 신용조사회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려 주도록 회사에 요구할 수 있습니다.
▶ 전화번호 : 1544-2792 또는 02-2260-6939 ▶ 홈페이지 : <http://www.aig.co.kr>
2. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구
고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 36조에 따라 회사가 전국은행연합회, 신용조회 회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.
3. 본인정보의 제3자 제공 동의 철회 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구
고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 37조에 따라 가입신청 시 동의를 한 경우에도 본인 정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 철회할 수 있고, 당해 회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단시킬 수 있습니다. (다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조사회사 등에 제공하는 것에 대해서는 동의 철회가 불가능하며, 동의 철회로 인해 고객과 약정한 용역의 제공 등 계약 이행이 어려워지거나 상거래 관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적을 달성할 수 없는 경우에는 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 합니다.)
▶ 전화번호 : 1544-2792 또는 02-2260-6939 ▶ 홈페이지 : <http://www.aig.co.kr>
※ 단, 신규 거래 고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 본인정보 제3자 제공 동의 철회가 불가능합니다.
1. 본인정보의 열람 및 정정요구
고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 38조에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.
▶ 전화번호 : 1544-2792 또는 02-2260-6939 ▶ 홈페이지 : <http://www.aig.co.kr>
2. 본인정보의 무료 열람요구
고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 39조에 따라 본인정보를 신용조사회사(NICE신용평가 정보, 한국신용평가, 서울신용평가정보 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조사회사에 문의하시기 바랍니다.
3. 개인정보 유출 피해보상
AIG손해보험의 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님의게 발생한 손해에 대해 관계법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

□ 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- ▶ 당사 신용정보관리·보호담당자 : 02-2260-6767
서울특별시 영등포구 국제금융로 10, 서울국제금융센터 Two IFC 26층 150-945
- ▶ 손해보험협회 개인정보관리담당자 : 02-3702-8500
서울특별시 종로구 종로5길 68, 6층(수송동, 코리안리빌딩)
- ▶ 금융감독원 금융민원센터 : (국번없이) 1332
서울특별시 영등포구 여의대로 38, 정보화전략실(여의도동, 금융감독원)

무배당 AIG 올인원 간편보험Ⅱ2309(1종(간편고지형)) 보통약관

제1장 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 한국표준질병·사인분류: 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 판단합니다.
 - 대상 질병(상병) 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상 질병(상병) 분류에 포함합니다.
 - 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 - 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
예시) 1차년도 이자 : 10원(100원(원금)×10%(이자))
2차년도 이자 : 11원(110원(원금+1차년도 이자)×10%(이자))
- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원홈페이지(www.fss.or.kr)의 [업무자료/보험업무] 내 [보험상품자료]에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 라. 적용이율: 보험료 산출시 적용한 이율을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

관련법규 ...

관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조...

제2조(공휴일)

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

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조 제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제2조 제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조 제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조 제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

5. 갱신관련 용어

- 가. 최초계약 : 보통약관 또는 특별약관에 보장하는 보험계약(이하 '보장계약'이라 합니다)으로 최초로 체결된 보장계약을 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 보장계약의 보험기간이 끝난 후 '자동갱신 특별약관(Ⅲ)'에 따라 갱신된 보장계약을 말합니다.
- 다. 갱신일 : '자동갱신 특별약관(Ⅲ)'에 따라 갱신전 보장계약의 만기일의 다음 날을 말합니다.

제2장 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 계약의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 계약의 보험가입금액(이하 '보험가입금액'이라 합니다)을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '상해사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자의 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 보험금 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서·장해진단서 등 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 검사결과지 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원 ...

30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

분쟁조정 신청 ...

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

- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

‘가지급보험금’이란 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「별표1」 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(만기환급금의 지급)

이 계약은 순수보장성보험이므로 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리

로 할인한 금액을 지급합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 매월 지급하는 보험금을 일시에 지급하는 경우에 한해 ‘평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액’과 ‘적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액’ 중 큰 금액을 지급합니다.

제11조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)

- ① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

용어풀이 ...

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

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

제13조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약체결에 따른 계약자의 의무를 연대(連帶)로 합니다.

용어풀이 ...

연대(連帶)란 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있음

제3장 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고

있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

【직업】

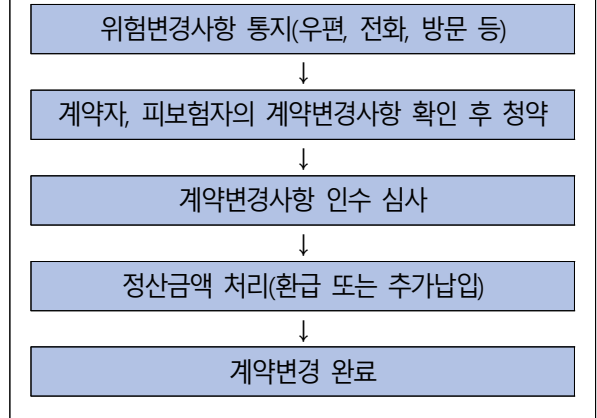
1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함 예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제22조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 '정산금액'이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복) 계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복) 계약을 최초계약으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4장 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을

- 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제28조(보험료의 납입을 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어풀이 ...

전문금융소비자란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

일반금융소비자란 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 보험계약의 경우에는 45일로 한다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한

계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 및 설명의무 등) ●

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

【약관의 중요한 내용】

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명 의무), 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제 13조(설명 의무) 및 금융소비자 보호에 관한 감독규정 제12조(설명 의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약 철회의 기한, 행사방법, 효과에 관한 사항
- 상품의 내용, 위험보장 기간, 주된 위험보장사항 / 부수적인 위험보장사항 및 각각의 보험료와 보험금
- 보험료 및 보험료의 납입기간, 보험료의 감액 청구
- 보험금 지급제한 사유 및 지급절차 / 위험보장의 범위
- 보험수익자 지정에 관한 사항
- 계약의 해지, 해제에 관한 사항
- 환급금 및 산출근거, 환급금이 이미 납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실
- 고지의무(계약 전 알릴의무 및 계약 후 알릴의무)위반의 효과
- 민원처리 및 분쟁조정 절차
- 예금자보호법 등 다른 법률에 따른 보호 여부
- 그 밖에 관련 법률에서 정한 사항

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

용어풀이 ...

통신판매계약이란 전화, 우편, 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약

서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

전자서명법 제2조(정의) ...

이 법의 제2호에서 "전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

용어풀이 ...

자필서명은 날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정 상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조(계약의 무효) ●

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의 2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오

를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

용어풀이 ...

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제22조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다. 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

용어풀이 ...

보험나이란 보험료 산정의 기준이 되는 나이로써 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 기준으로 합니다. 이 보험나이는 매년 계약 해당일에 증가되는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약 해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약 해당일로 합니다.

- ③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재 사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일
 현재(계약일) : 2021년 4월 13일
 ⇒ 2021년 4월 13일 - 1988년 10월 2일
 = 32년 6월 11일 = 33세

【피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우】

피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우, 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 인하여 계약자에게 추가로 납입하여야 하거나 반환을 금액이 발생할 수 있습니다.

제24조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해사망보험금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보통약관의 보장책임은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 보통약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 계약에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 계약의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 제2항에서의 '사망'은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

용어풀이 ...

계약자적립액이란 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

용어풀이 ...

실종선고란 어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정으로 민법 제27조(실종의 선고)를 따릅니다.

제5장 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) —●—

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

용어풀이 ...

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제26조(제2회 이후 보험료의 납입) —●—

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

용어풀이 ...

납입기일이란 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조(보험료의 자동대출납입) —●—

- ① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

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

【보험계약대출이율】

해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 계약의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지) —●—

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행과 담보권실행】

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에게 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으

로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심 명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

- 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
- 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

【국세 및 지방세 체납처분 절차】

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6장 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련 규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위만 사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

용어풀이 ...

위법계약이란 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다

제32조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출 방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급 일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '[별표1] 보험금을 지급할때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제31조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제35조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험

금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제28조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7장 분쟁의 조정 등

제37조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제38조(관할법원)

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

제39조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권, 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

용어풀이 ...

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금지급 사유가 2021년 1월 1일에 발생하였음에도 2024년 1월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제40조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) — ●

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제42조(회사의 손해배상책임) — ●

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

용어풀이 ...

‘현저하게 공정을 잃은 합의’란 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제43조(개인정보보호) — ●

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 ‘개인정보 보호법’, ‘신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률’ 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제44조(준거법) — ●

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제45조(예금보험에 의한 지급보장) — ●

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 예금자보험 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보험 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제8장 자동갱신

제46조(자동갱신에 관한 사항) — ●

이 보통약관은 자동갱신으로 운영되며 이 보통약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

무배당 AIG 올인원 간편보험Ⅱ2309(1종(간편고지형)) 특별약관

1. 상해관련 특별약관

1-1. [갱신형]상해사망유족생활자금(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 5년간 매월 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(이하 '보험가입금액'이라 합니다)을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당 월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날로 합니다)에 상해사망유족생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '상해사망유족생활자금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자가 상해사망유족생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 회사는 상해사망유족생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 '평균공시이율'을 연단위 복리로 할인한 금액과 '적용이율'을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해사망유족생활자금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-2. [갱신형]상해입원일당(간편고지, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(이하 '보험가입금액'이라 합니다)을 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)

에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-3. [갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(이하 '보험가입금액'이라 합니다)을 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-4. [갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 10일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(이하 '보험가입금액'이라 합니다)을 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-5. [갱신형]상해입원일당(간편고지, 4일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 장애를 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(이하 '보험가입금액'이라 합니다)을 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-6. [갱신형]상해수술비(간편고지, 동일사고당 1회 지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(이하 '보험가입금액'이라 합니다)을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 상해수술비는 매사고마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해 수술을 받거나 같은 종류의 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하

에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회 ...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베니실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) ————— ●

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

- 가. 쌍거풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보장합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 소멸) ————— ●

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(자동갱신에 관한 사항) ————— ●

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제6조(준용규정) ————— ●

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 질병관련 특별약관

2-1. [갱신형]질병사망(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유) ————— ●

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 함) 중에 질병으로 사망한 경우 아래의 금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
질병사망	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)사망의 원인 및 '질병사망 보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-2. [갱신형]질병사망유족생활자금(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 (이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 질병으로 사망한 경우 아래에 정한 금액을 보험금 지급사유 발생일 (단, 해당 월에 보험금 지급사유 발생 일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날로 합니다)에 질병사망유족생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
질병사망유족생활 자금	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액을 5년간 매월 지급	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액을 5년간 매월 지급	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)사망의 원인 및 '질병사망 유족생활자금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자가 질병사망유족생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 회사는 질병사망유족생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 '평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액'과 '적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망유족생활자금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 계약자, 피보험자 또

는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-3. [갱신형]뇌출혈진단비(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제3조('뇌출혈'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '뇌출혈'로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			갱신 계약
	최초계약			
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상		
뇌출혈진단비 (최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액		

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조('뇌출혈'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '뇌출혈'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조('뇌출혈'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌출혈'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 「별표」 뇌출혈 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하

는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-4. [갱신형]뇌출혈진단 생활자금(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제3조('뇌출혈'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '뇌출혈'로 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험금 지급사유 발생일 (단, 해당 월에 보험금 지급사유 발생 일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날로 합니다)에 뇌출혈진단생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
뇌출혈진단 생활자금	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액을 30개월간 매월 지급	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액을 30개월간 매월 지급	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(‘뇌출혈’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌출혈’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 ‘사망의 원인’에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 보험수익자가 뇌출혈진단생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 회사는 뇌출혈진단생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 ‘평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액’과 ‘적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액’ 중 큰 금액을 지급합니다.

제3조(‘뇌출혈’의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 ‘뇌출혈’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 「별표7」 뇌출혈 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단생활자금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ‘4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)’을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-5. [갱신행]뇌졸중진단비(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 ‘보험기간’이라 합니다) 중에 제3조(‘뇌졸중’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌졸중’으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
뇌졸중진단비 (최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(‘뇌졸중’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌졸중’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경

우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 ‘뇌졸중’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 ‘[별표8] 뇌졸중 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 한약제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ‘4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)’을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-6. [갱신형]뇌혈관질환진단비(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 ‘보험기간’이라 합니다) 중에 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌혈관질환’으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		갱신 계약
	최초계약		
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
뇌혈관질환 진단비 (최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌혈관질환’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 ‘뇌혈관질환’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 ‘[별표9] 뇌혈관질환 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈

관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-7. [갱신형]급성심근경색증진단비(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제3조('급성심근경색증'의 정의 및 진단확정)에서 정한 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
급성심근경색증진단비(최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조('급성심근경색증'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조('급성심근경색증'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 '[별표11] 급성심근경색증 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의

계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-8. [갱신형]급성심근경색증진단 생활자금(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제3조('급성심근경색증'의 정의 및 진단확정)에서 정한 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험금 지급사유 발생일 (단, 해당 월에 보험금 지급사유 발생 일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날로 합니다)에 급성심근경색증진단 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
급성심근 경색증진단 생활자금	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액을 30개월간 매월 지급	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액을 30개월간 매월 지급	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조('급성심근경색증'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 보험수익자가 급성심근경색증진단 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 회사는 급성심근경색증진단 생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 '평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액'과 '적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.

제3조('급성심근경색증'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 '[별표11] 급성심근경색증 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단 생활자금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-9. [갱신형]허혈성심장질환진단비(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제3조('허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정)에서 정한 허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우에는 이 보장에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
허혈성심장 질환진단비 (최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조('허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '허혈성심장질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항'사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조('허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 '[별표10] 허혈성심장질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-10. [갱신형]질병입원일당(간편고지, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		갱신 계약
	최초계약		
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
질병입원일당 (1일이상 180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[질병입원일당 예시]

질병입원 일당이 지급된 최초 입원일	질병입원 일당이 지급된 최종 입원일	보장 재개
	퇴원없이 계속 입원	
보장(180일)	보장제외(180일)	보장(180일)

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자의 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실
 5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 6. 성병
 7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환(K00~K08)

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-11. [갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
질병입원일당 (4일이상 180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또

는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이 라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[질병입원일당 (예시)]

질병입원 일당이 지급된 최초 입원일	질병입원 일당이 지급된 최종 입원일	퇴원없이 계속 입원	보장 재개	
면책기간 (3일)	보장 (180일)	보장제외 (180일)	면책기간 (3일)	보장 (180일)

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자의 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실
 5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 6. 성병
 7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환(K00~K08)

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-12. [갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 10일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
질병입원일당 (4일이상 10일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또

는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이 라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[질병입원일당 (예시)]

질병입원 일당이 지급된 최초 입원일	질병입원 일당이 지급된 최종 입원일	보장 재개	면책기간 (3일)	보장 (10일)
	퇴원없이 계속 입원			
면책기간 (3일)	보장 (10일)	보장제외 (180일)	면책기간 (3일)	보장 (10일)

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자의 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실
 5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 6. 성병
 7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환(K00~K08)

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-13. [갱신형]질병입원일당(간편고지, 4일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
질병입원일당 (4일이상 30일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또

는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이 라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[질병입원일당 (예시)]

질병입원 일당이 지급된 최초 입원일	질병입원 일당이 지급된 최종 입원일	퇴원없이 계속 입원	보장 재개	
면책기간 (3일)	보장 (30일)	보장제외 (180일)	면책기간 (3일)	보장 (30일)

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자의 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실
 5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 6. 성병
 7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환(K00~K08)

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-14. [갱신형]질병수술비(간편고지, 동일질병당 1회 지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것)

또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다).

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 질병수술비를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 検査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베니실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) ————— ●

- ① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 질병 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 수술비만 지급하여 드립니다. 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 서로 다른 질병으로 제2조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술 개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급합니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) ————— ●

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보장하여 드리지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98)으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보장합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반 (Q82.5)은 보장합니다), 사마귀, 티눈, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증 (G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi s), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2)비급여대상에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보장합니다), 주름살제거술 등

- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-15. [갱신형]질병수술비(간편고지, 백내장 및 특정장질환 제외)(동일질병당 1회 지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 질병수술비(백내장 및 특정장질환 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
질병수술비(백내장 및 특정장질환 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

- ② 제1항에도 불구하고 '[별표12] 백내장 및 특정장질환 분류표'에서 정한 '백내장 및 특정장질환'으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의 의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것)

또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 질병수술비(백내장 및 특정장질환 제외)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 検査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예치조골이식술, 치수절제술)
- 베니실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 질병 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장 및 특정장질환 제외)만 지급하여 드립니다. 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 서로 다른 질병으로 제2조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술 개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급합니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비(백내장 및 특정장질환 제외)에 대해서는 보장하여 드리지 않습니다.
- 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98)으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 - 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 - 비만(E66)
 - 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
 - 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
 - 「별표12」 백내장 및 특정장질환 분류표에서 정한 '백내장 및 특정장질환'

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비(백내장 및 특정장질환 제외)에 대하여는 보장하지 않습니다.
- 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보장합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - 단순한 피로 또는 권태
 - 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비산생물성모반 (Q82.5)은 보장합니다), 사마귀, 티눈, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡증 (G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(「별표2」비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(옹비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술

(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보장합니다), 주름살제거술 등

- 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 보지 않음)
- 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-16.

[갱신형]86대질병수술비(3대다빈도질병)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(3대다빈도질병)의 정의 및 진단확정)에서 정한 '3대다빈도질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 86대질병수술비(3대다빈도질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
86대질병수술비(3대다빈도질병)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조(3대다빈도질병의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 '3대다빈도질병'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 「별표13」 3대다빈도질병 분류표에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환을 말합니다.
- '3대다빈도질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가

인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.
- 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 86대질병수술비(3대 다빈도질병)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 86대질병수술비(3대다빈도질병)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-17. [갱신형]86대질병수술비(6대질병)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('6대질병'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '6대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 86대질병수술비(6대질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
86대질병수술비 (6대질병)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조('6대질병'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '6대질병'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 '별표14' 6대질병 분류표에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압 질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.
- ② '6대질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단 뇌혈관질환의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 하며, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단확정은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 합니다. 또한 회사가 '6대질병'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정 부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 86대질병수술비(6대질병)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 検査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 86대질병수술비(6대질병)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항) ●

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정) ●

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-18.

[갱신형]86대질병수술비(16대특정질병)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유) ●

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('16대특정질병'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '16대특정질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 86대질병수술비(16대특정질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
86대질병수술비 (16대특정질병)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조('16대특정질병'의 정의 및 진단확정) ●

- ① 이 특별약관에서 '16대특정질병'이라 함은 한국표준질병사 인분류에 있어서 '[별표15] 16대특정질병 분류표'에서 정한 결핵, 패혈증, 중추신경 계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경 계통의 장애, 녹내장, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전, 크로이츠펠트-야콥병, 조로증을 말합니다.
- ② '16대특정질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소) ●

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함합니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 86대질병수술비(16대특정질병)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 検査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베니실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ●

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 86대질병수술비(16대특정질병)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ●

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-19.

[갱신형]86대질병수술비(23대생활질병)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('23대생활질병'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '23대생활질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 86대질병수술비(23대생활질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			갱신 계약
	최초계약			
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상		
86대질병수술비 (23대생활질병)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%		

제2조('23대생활질병'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '23대생활질병'이라 함은 한국표준질병사 인분류에 있어서 '[별표16] 23대생활질병 분류표'에서 정한 누적 외상성 질환, 유리체의 장애, 림프절염, 뼈의병증, 연골병증, 식도질환, 위십이지장질환, 눈의 양성종양, 위공장 궤양, 동맥 및 세동맥의 질환, 중증근무력증, 마비, 추간판 장애, 전신결합조직장애, 유방의 양성종양, 폐부종, 특정호흡기질환, 부갑상선질환, 뇌하수체질환, 뇌성마비, 뇌전증, 수두증, 외이의 질환 및 귀의 기타장애를 말합니다.
- ② '23대생활질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가

인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 86대질병수술비(23대생활질병)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 86대 질병수술비(23대생활질병)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-20.

[갱신형]86대질병수술비(37대생활질병)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('37대생활질병'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '37대생활질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 86대 질병수술비(37대생활질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
86대질병수술비(37대생활질병)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조('37대생활질병'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '37대생활질병'이라 함은 한국표준질병사 인분류에 있어서 '[별표17] 37대생활질병 분류표'에서 정한 소화기계통의 양성신생물, 중아·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 급성상기도염, 축농증, 편도염, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환, 황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관·간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 사타구니 탈장, 특정 부위의 탈장, 비강염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭담도질환, 척추변형, 척추병증, 골다공증, 안면 인식장애, 단일신경 병증을 말합니다.
- ② '37대생활질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의 의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 86대질병수술비(37대생활질병)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 検査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 86대 질병수술비(37대생활질환)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자

적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-21.

[갱신형]86대질병수술비(당뇨병질환)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('당뇨병질환'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '당뇨병질환'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 86대질병수술비(당뇨병질환)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
86대질병수술비(당뇨병질환)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조('당뇨병질환'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '당뇨병질환'이라 함은 한국표준질병사인 분류에 있어서 '[별표18] 당뇨병질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '당뇨병질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 당뇨병질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사 결과, 진료기록부 및 당화혈색소 수치의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의 의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변

경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 86대질환수술비(당뇨병질환)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 86대 질환수술비(당뇨병질환)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-22. [갱신형]갑상선질환수술비(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('갑상선질환'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '갑상선질환'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 갑상선질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
갑상선질환 수술비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조('갑상선질환'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '갑상선질환'이라 함은 한국표준질병사인 분류에 있어서 '[별표19] 갑상선질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '갑상선질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 관련하여 의료법 제3조의 의료기관에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.
- 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-23. [갱신형]83대질병수술비(6대질병)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('6대질병'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '6대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 83대질병수술비(6대질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
83대질병수술비(6대질병)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조('6대질병'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '6대질병'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 'I별표14] 6대질병 분류표'에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압 질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.
- ② '6대질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정

하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단 뇌혈관질환의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 하며, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단확정은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장 동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 합니다. 또한 회사가 '6대질병'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의사라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정 부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 83대질병수술비(6대질병)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법

- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 83대질병수술비(6대질병)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-24.

[갱신형]83대질병수술비(16대특정질병)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기

간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('16대특정질병'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '16대특정질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 83대 질병수술비(16대특정질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
83대질병수술비 (16대특정질병)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조('16대특정질병'의 정의 및 진단확정) ———— ●

- ① 이 특별약관에서 '16대특정질병'이라 함은 한국표준질병사 인분류에 있어서 '[별표15] 16대특정질병 분류표'에서 정한 결핵, 폐혈증, 중추신경 계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다 발경화증, 자율신경 계통의 장애, 녹내장, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전, 크로이츠펔트-야콥병, 조로증을 말합니다.
- ② '16대특정질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소) ———— ●

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정 부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 83대질병수술비(16대특정질병)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 検査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ———— ●

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 83대질병수술비(16대특정질병)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ———— ●

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸) ———— ●

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-25.

[갱신형]83대질병수술비(23대생활질병)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('23대생활질병'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '23대생활질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 83대질병수술비(23대생활질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			갱신 계약
	최초계약			
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상		
83대질병수술비 (23대생활질병)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%		

제2조('23대생활질병'의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 '23대생활질병'이라 함은 한국표준질병사 인분류에 있어서 '[별표16] 23대생활질병 분류표'에서 정한 누적 외상성 질환, 유리체의 장애, 림프절염, 뼈의병증, 연골병증, 식도질환, 위십이지장질환, 눈의 양성종양, 위공장궤양, 동맥 및 세동맥의 질환, 중증근무력증, 마비, 추간판장애, 전신결합조직장애, 유방의 양성종양, 폐부종, 특정호흡기질환, 부갑상선질환, 뇌하수체질환, 뇌성마비, 뇌전증, 수두증, 외이의 질환 및 귀의 기타장애를 말합니다.
- '23대생활질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하

여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 83대질병수술비(23대생활질병)를 지급하지 않습니다.
- 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - 흡인(吸引), 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임
 - 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 - 미용성형 목적의 수술
 - 피임(避妊) 목적의 수술
 - 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베니실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 83대질병수술비(23대생활질병)를 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1

항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-26.

[갱신형]83대질병수술비(37대생활질환)(간편고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('37대생활질환'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '37대생활질환'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 83대질병수술비(37대생활질환)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			갱신 계약
	최초계약			
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상		
83대질병수술비 (37대생활질환)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%		

제2조('37대생활질환'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '37대생활질환'이라 함은 한국표준질병사 인분류에 있어서 '[별표17] 37대생활질환 분류표'에서 정한 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 급성상기도염, 축농증, 편도염, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 중이

및 유도의 질환, 내이의 질환, 황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 사타구니 탈장, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭담도질환, 척추변형, 척추병증, 골다공증, 안면 인식장애, 단일신경 병증을 말합니다.

- ② '37대생활질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다.
- 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 83대질병수술비(37대생활질환)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 検査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예:치조골이식술, 치수절제술)
- 베나일, 혈관경화요법

- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 83대질병수술비(37대생활질병)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-27.

[갱신형]83대질병수술비(당뇨병질환)(간편고지)
특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기

간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조('당뇨병질환'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '당뇨병질환'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 83대질병수술비(당뇨병질환)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		갱신 계약
	최초계약		
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
83대질병수술비 (당뇨병질환)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

제2조('당뇨병질환'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '당뇨병질환'이라 함은 한국표준질병사인 분류에 있어서 '[별표18] 당뇨병질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '당뇨병질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 당뇨병질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사 결과, 진료기록부 및 당화혈색소 수치의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 이용하여 생체에 절단, 절제 또는 그에 준하는 조작을 가하는 것을 포함됩니다.

신의료기술평가위원회...

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 눈 관련 질환의 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우에는 83대질병수술비(당뇨병질환)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 바늘이나 관을 통하여 내용물을 빨아들임)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡 検査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) ...

- 체외 충격파 쇄석술
- 고막파치술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light: 아이피엘 레이저 시술)
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치(예치조골이식술, 치수절제술)
- 베나실, 혈관경화요법
- 결찰술
- 경피적 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(또는 유착박리술)
- 관상동맥조영술 뇌혈관조영술
- 에탄올경화, 투석
- 유방생검술
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항에서 정한 레이저에 의한 수술을 받은 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 83대 질병수술비(당뇨병질환)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 3. 건강검진, 위생관리, 예방접종 또는 영양제 등 보신용 투약

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-28. [갱신형]일반암(소액암제외)진단비(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조('일반암(소액암제외)'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '일반암(소액암제외)'으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 일반암(소액암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

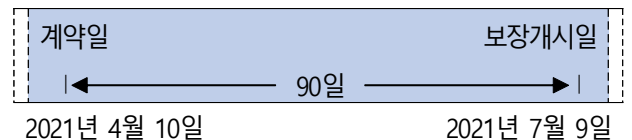
구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
일반암(소액암제외)진단비(최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 보장개시일은 아래와 같으며, 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

구분	보장개시일	
	최초계약	갱신계약
일반암(소액암제외)	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	갱신일

['일반암(소액암제외)'의 보장개시일] : 최초계약



- ② 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에 따라 부활된 경우 보장개시일에 대하여 부활일을 최초계약의 보험계약일로 하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비

용은 회사가 전액 부담합니다.

- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제3조(일반암(소액암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 '일반암(소액암제외)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(일반암(소액암제외)의 정의 및 진단확정) — ●

- ① 이 특별약관에서 '일반암(소액암제외)'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(「별표4」 악성신생물(암) 분류표 참조) 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C53(자궁경부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C54(자궁체부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C67(방광의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)를 제외한 질병을 말합니다.
- ② '일반암(소액암제외)'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격 증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암(소액암제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항 ...

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

<원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) — ●

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지

않습니다.

- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효) — ●

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

1. 보통약관 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 '일반암(소액암제외)'으로 진단 확정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸) — ●

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반암(소액암제외)진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항) — ●

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정) — ●

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-29. [갱신형]일반암(소액암제외)진단 생활자금(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유) — ●

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(일반암(소액암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 '일반암(소액암제외)'으로 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험금 지급사유 발생일 (단, 해당 월에 보험금 지급사유 발생 일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날로 합니다)에 일반암(소액암제외)진단생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

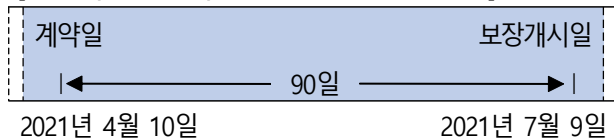
구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
일반암(소액암 제외)진단생활 자금	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액을 30개월간 매월 지급	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액을 30개월간 매월 지급	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 보장개시일은 아래와 같으며, 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

구분	보장개시일	
	최초계약	갱신계약
일반암(소액암제외) 진단생활자금	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	갱신일

[일반암(소액암제외)진단생활자금의 보장개시일] : 최초계약



- ② 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에 따라 부활된 경우 보장개시일에 대하여 부활일을 최초계약의 보험계약일로 하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 제3조(일반암(소액암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 '일반암(소액암제외)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자가 일반암(소액암제외)진단생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 회사는 일반암(소액암제외)진단생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 '평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 '적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.

제3조(일반암(소액암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '일반암(소액암제외)'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병('별표4' 악성신생물(암) 분류표' 참조) 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C53(자궁경부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C54(자궁체부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C67(방광의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)를 제외한 질병을 말합니다.
- ② '일반암(소액암제외)'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격 증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때 에는 피보험자가 '일반암(소액암제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항 ...

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

<원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 '일반암(소액암제외)'으로 진단 확정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반암(소액암제외)진단생활자금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-30. [갱신형]소액암진단비(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조('소액암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '소액암'으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 소액암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

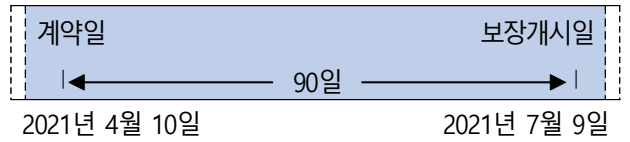
구분	지급금액		갱신계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
소액암진단비 (최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 보장개시일은 아래와 같으며, 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

구분	보장개시일	
	최초계약	갱신계약
소액암	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	갱신일

[소액암'의 보장개시일] : 최초계약



- ② 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에 따라 부활된 경우 보장개시일에 대하여 부활일을 최초계약의 보험계약일로 하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제3조('소액암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '소액암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항'사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조('소액암'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '소액암'이라 함은 '전립선암', '유방암', '자궁암', '방광암'을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '전립선암'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병('별표4' 악성신생물(암) 분류표' 참조) 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ③ 이 특별약관에서 '유방암'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병('별표4' 악성신생물(암) 분류표' 참조) 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ④ 이 특별약관에서 '자궁암'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병('별표4' 악성신생물(암) 분류표' 참조) 중 분류번호 C53(자궁경부의 악성신생물) 및 분류번호 C54(자궁체부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 '방광암'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병('별표4' 악성신생물(암) 분류표' 참조) 중 분류번호 C67(방광의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ⑥ '소액암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '소액암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항 ...

한국표준질병-사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

<원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) ————— ●

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효) ————— ●

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

1. 보통약관 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 '소액암'으로 진단 확정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸) ————— ●

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 소액암진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환

급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항) ————— ●

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정) ————— ●

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-31. [갱신형]유사암진단비(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유) ————— ●

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제3조('유사암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '유사암'으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
유사암 진단시 (각각 최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ————— ●

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조('유사암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '유사암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조('유사암'의 정의 및 진단확정) ————— ●

- ① 이 특별약관에서 '유사암'이라 함은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병('별표4' 악성신생물(암) 분류표' 참조) 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병('별표4' 악성신생물(암) 분류표' 참조) 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)를 제외한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 암으로 분류되는 질병('별표5' 제자리암 분류표' 참조)를 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병('별표6' 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표' 참조)를 말합니다.
- ⑤ '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항 ...

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

<원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 각각 진단확정 후 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 지급

사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-32. [갱신형]중증갑상선암진단비(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조('중증갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증갑상선암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 중증갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

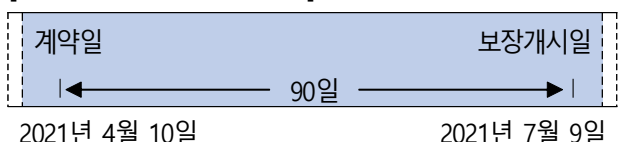
구분	지급금액		
	최초계약		갱신 계약
	계약일 후 1년 미만	계약일 후 1년 이상	
중증갑상선암 진단비 (최초 1회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 50% 해당액	이 특별약관 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 보장개시일은 아래와 같으며, 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

구분	보장개시일	
	최초계약	갱신계약
중증갑상선암	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	갱신일

[중증갑상선암의 보장개시일] : 최초계약



- ② 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의

부활(효력회복) 제1항에 따라 부활된 경우 보장개시일에 대하여 부활일을 최초계약의 보험계약일로 하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제3조(중증갑상선암)의 정의 및 진단확정)에서 정한 '중증갑상선암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항'사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(중증갑상선암)의 정의 및 진단확정) — ●

- ① 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병('별표4' 악성신생물(암) 분류표 참조) 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 '중증갑상선암'이라 함은 제1항에서 정한 '갑상선암'중에서 '갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)' 또는 '갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)'에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 중증갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 중증갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항 ...

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

<원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) — ●

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효) — ●

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

1. 보통약관 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 '중증갑상선암'으로 진단 확정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸) — ●

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약한급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 해약한급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(자동갱신에 관한 사항) — ●

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제8조(준용규정) — ●

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 상해 및 질병관련 특별약관

3-1. [갱신형]경증이상치매진단비(간편가입) 특별약관

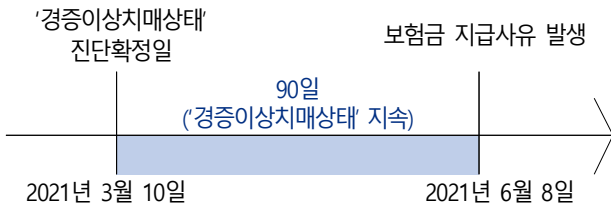
제1조(보험금의 지급사유) — ●

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일(이하 '보장개시일'이라 합니다) 이

후에 제3조(‘경증이상치매상태’의 정의 및 진단확정)에서 정한 경증이상치매상태(이하 ‘경증이상치매상태’라 합니다)가 진단확정되고 그 상태가 진단확정일을 포함하여 90일 이상 지속되었을 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 경증이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 회사는 경증이상치매상태가 보장개시일 이후에 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 경증이상치매상태가 90일 이상 지속되었을 경우에 최초 1회에 한하여 경증이상치매진단비를 지급합니다.

[보험금 지급사유 발생일 예시]



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보장개시일은 아래와 같으며, 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그러나 상해로 인한 뇌의 손상인 경우에는 보장개시일을 보험계약일로 합니다.

보장개시일	
최초계약	갱신계약
보험계약일로부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날	갱신일

[경증이상치매진단비]의 보장개시일 : 최초계약



- ② 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에 따라 부활된 경우 보장개시일에 대하여 부활일을 최초계약의 보험계약일로 하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(‘경증이상치매상태’의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 ‘경증이상치매상태’라 함은 ‘치매’로 진단 확정되고 이로 인하여 ‘경증이상’의 인지기능의 장애가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 ‘치매’라 함은 다음 각 호에 모두 해당되고 ‘치매’임을 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.
1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우

2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제2항 제1호에 의한 기질성장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

- ③ 제1항의 ‘경증이상’의 인지기능의 장애라 함은 CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 1점 이상(단, CDR척도검사가 통용되지 않은 경우 국내 의학계에서 인정되는 치매척도 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함 합니다)에 해당되는 상태로 그 상태가 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

용어풀이 ...

CDR척도(2001년)는 치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ④ ‘경증이상치매상태’진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의에 의한 진단서에 의하며, 이 진단은 병력 청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 ‘경증이상치매상태’의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 ‘경증이상치매상태’의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 4. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 ‘경증이상치매상태’로 진단 확정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '경증이상치매진단비'를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(지정대리청구에 관한 사항)

- ① 이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 계약체결을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1항의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1항의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진단검사결과지, 진료비 계산서, 장해 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 기타 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제9조(준용규정)

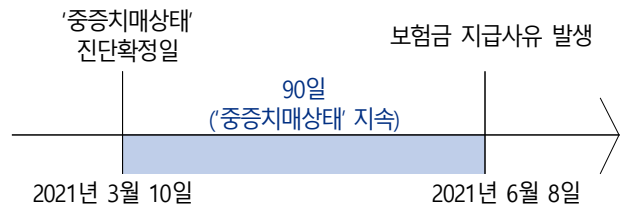
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

3-2. [갱신형]중증치매생활자금(간편가입) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일(이하 '보장개시일'이라 합니다) 이후에 제3조('중증치매상태'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증치매상태(이하 '중증치매상태'라 합니다)가 진단확정되고 그 상태가 진단확정일을 포함하여 90일 이상 지속되었을 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 30개월 동안 매월 중증치매생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 중증치매상태가 보장개시일 이후에 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 중증치매상태가 90일 이상 지속되었을 경우에 최초 1회에 한하여 30개월 동안 매월 중증치매생활자금을 지급합니다.

[보험금 지급사유 발생일 예시]

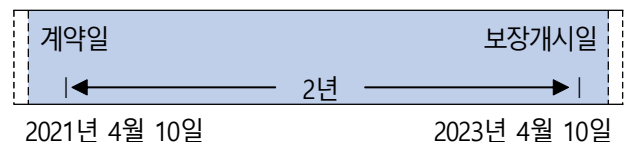


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보장개시일은 아래와 같으며, 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그러나 상해로 인한 뇌의 손상인 경우에는 보장개시일을 보험계약일로 합니다.

보장개시일	
최초계약	갱신계약
보험계약일로부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날	
	갱신일

[중증치매생활자금의 보장개시일] : 최초계약



- ② 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에 따라 부활된 경우 보장개시일에

대하여 부활일을 최초계약의 보험계약일로 하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ③ 보험수익자가 중증치매생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 회사는 중증치매생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 '평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액'과 '적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조('중증치매상태'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '중증치매상태'라 함은 '치매'로 진단확정되고 이로 인하여 중증의 인지기능의 장애가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 '치매'라 함은 다음 각 호에 모두 해당되고 '치매'임을 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.
 1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제2항 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ③ 제1항의 '중증의 인지기능의 장애'라 함은 CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 3점 이상(단, CDR척도검사가 통용되지 않은 경우 국내 의학계에서 인정되는 치매척도 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함 합니다)에 해당되는 상태로써 그 상태가 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

용어풀이 ...

CDR척도(2001년)는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ④ '중증치매상태' 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의에 의한 진단서에 의하며, 이 진단은 병력 청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 '중증치매상태'의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 '중증치매상태'의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 4. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 '중증치매상태'로 진단 확정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '중증치매생활자금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(지정대리청구에 관한 사항)

- ① 이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 계약체결을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1항의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1항의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진단검사결과지, 진료비 계산서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 기타 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제9조(준용규정)

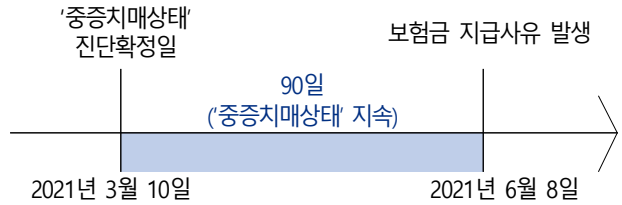
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

3-3. [갱신형]중증치매진단비(간편가입) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일(이하 '보장개시일'이라 합니다) 이후에 제3조('중증치매상태'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증치매상태(이하 '중증치매상태'라 합니다)가 진단 확정되고 그 상태가 진단 확정일을 포함하여 90일이상 지속되었을 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 중증치매상태가 보장개시일 이후에 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 중증치매상태가 90일 이상 지속되었을 경우에 최초 1회에 한하여 중증치매진단비를 지급합니다.

[보험금 지급사유 발생일 예시]

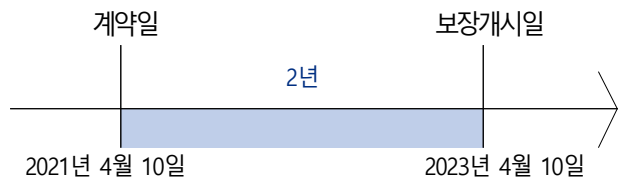


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보장개시일은 아래와 같으며, 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그러나 상해로 인한 뇌의 손상인 경우에는 보장개시일을 보험계약일로 합니다.

보장개시일	
최초계약	갱신계약
보험계약일로부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날	갱신일

[중증치매진단비]의 보장개시일 : 최초계약



- ② 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에 따라 부활된 경우 보장개시일에 대하여 부활일을 최초계약의 보험계약일로 하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조('중증치매상태'의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '중증치매상태'라 함은 '치매'로 진단확정되고 이로 인하여 중증의 인지기능의 장애가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 '치매'라 함은 다음 각 호에 모두 해당되고 '치매'임을 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.
 1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제2항 제1호에 의한 기질성장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ③ 제1항의 '중증의 인지기능의 장애'라 함은 CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 3점 이상(단, CDR척도검사가 통용되지 않은 경우 국내 의학계에서 인정되는 치매척도 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함 합니다)에 해당되는 상

태로서 그 상태가 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

용어풀이 ...

CDR척도(2001년)는 치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ④ '중증치매상태' 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의를 의한 진단서에 의하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해 집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 '중증치매상태'의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 '중증치매상태'의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고에 대하여는 보험금을 드리지 않습니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 피보험자의 선천성기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병
 4. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 '중증치매상태'로 진단 확정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '중증치매진단비'를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 '보험료 및

해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(지정대리청구에 관한 사항)

- ① 이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 계약체결을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1항의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1항의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진단검사결과지, 진료비 계산서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 기타 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(자동갱신에 관한 사항)

이 특별약관은 자동갱신으로 운영되며 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 '4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)'을 준용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

무배당 AIG 올인원 간편보험Ⅱ2309(1종(간편고지형)) 제도성 특별약관

4-1. 자동갱신 특별약관(Ⅲ)

제1조(적용 범위)

이 특별약관은 회사와 계약자간에 보험계약의 자동갱신에 대하여 합의가 되었을 때에 적용합니다.

제2조(보장계약의 자동갱신)

보통약관 및 특별약관이 부가된 경우 부가된 특별약관을 포함한 모든 계약(이하 '보장계약'이라 합니다)이 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장계약이 만기되는 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장계약(이하 '갱신전 보장계약'이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장계약의 만기일의 다음날(이하 '갱신일'이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 보장계약(이하 '갱신보장계약'이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이 범위 내일 것
3. 갱신전 보장계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

제3조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신 전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장 계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신보장 계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 보장계약은 해제된 것으로 봅니다.
- ② 동 기간(갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(자동갱신 적용)

- ① 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 적용하고, 갱신계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하 '보험요율 제도 또는 보험료'라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관변경에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.
- ② 회사는 제2조(보장계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장계약의보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면,전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제18조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 계약 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-3. 특정 신체부위·질병보장제한부 인수 특별약관

제1조 (특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보통약관을 말하며, 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결 또는 변경할 때 다음 각 호의 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
 1. 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한기준에 적합하지 않은 경우
 2. 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우
- ② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 및 현재 병력(계약 전 알릴의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 이 특별약관을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 제1항 제2호에도 불구하고 계약 전 알릴 의무를 위반하고 계약자가 보험계약의 변경에 대한 청약을 하지 않는 경우 회사는 보통약관 제16조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 보험계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보통

약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

- ⑤ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 보통약관 및 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 - 1. 이 특별약관 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 - 2. 이 특별약관 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는)조건의내용) ●

- ① 이 특별약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망보험금을 보장하는 보험계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.
 - 1. '[별표2] 특정 신체부위·질병보장제한부 분류표 (1) 특정신체부위' 중에서 회사가 지정한 부위(이하 '특정 신체부위'라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 - 2. '[별표3] 특정 신체부위·질병보장제한부 분류표 (2) 특정질병' 중에서 회사가 지정한 질병(이하 '특정 질병'이라 합니다)
- ② 제1항의 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정 신체부위 또는 특정 질병의 상태에 따라 '1년부터 5년' 또는 '보험계약의 보험기간'으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정 기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 아래의 사항 중 어느 한 가지 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정 신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정 질병의 합병증으로 인해 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 3. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정 질병에 대해서 보험계약청약일 이후 5년이 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없이 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 4. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ④ 피보험자가 회사에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해

서는 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 신체부위 또는 특정 질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑥ 제1항의 특정 신체부위와 특정질병을 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복)) ●

회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 취급합니다.

제4조(준용규정) ●

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

4-4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상) ●

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸) ●

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가되어 집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정) ●

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약 체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정, 이하 '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 - 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정) ●

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표대리인이 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

4-5. 이륜자동차운전및탑승중상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 '보험계약'이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 '회사'라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
- ④ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 제3조(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법 제2조(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 '원동기장치자전거'를 포함합니다.

유의사항 ...

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에 정한 '이륜자동차', 도로교통법에 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다.

- ③ 제2항에서 '그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차'는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
- ④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경 시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-6. 제재위반 부담보 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보통약관 및 다른 특별약관에 우선 적용됩니다.

제2조(제재위반 부담보) ●

회사는 아래의 제재(이하 '제재사항'이라 합니다)에 반하는 위험의 보장, 보험금의 지급 또는 이익의 제공을 하지 아니합니다.

1. UN 결의에 의한 제재, 금지, 제한사항
2. EU, 영국 또는 미국의 무역·경제적 제재조치 또는 법률 규정

제3조(준용규정) ●

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일의 다음 날 부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
만기 환급금 및 해약 환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
- 주2) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형 보험은 일자 계산합니다.
- 주3) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주4) 금리연동형보험의 경우 상기 평균공시이율은 적립순보험료에 대한 적립이율을 말합니다.
- 주5) 가산이율 적용시 보통약관 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주6) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

특정 신체부위질병보장제한부 분류표 (1) 특정 신체부위

특정 신체부위
1. 위, 십이지장 2. 공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함) 3. 대장(맹장, 직장 제외) 4. 직장 5. 항문 6. 간 7. 담낭(쓸개) 및 담관 8. 췌장 9. 비장 10. 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골(갈비뼈) 포함) 11. 코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴)포함) 12. 인두 및 후두(편도 포함) 13. 식도 14. 구강(입속), 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘) 15. 귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기(귀 뒤에서 만져지는 둥그렇게 돌출된 부분)) 포함) 16. 안구 및 안구부속기(안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와(눈화)내 조직 포함) 17. 신장 18. 부신 19. 요관, 방광 및 요도 20. 음경 21. 질 및 외음부 22. 전립선 23. 유방(유선 포함) 24. 자궁(자궁체부(자궁몸통) 포함) 25. 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함) 26. 난소 및 난관 27. 고환(고환초막(고환집막) 포함), 부고환, 정관, 정삭 및 정낭 28. 갑상선 29. 부갑상선 30. 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변) (서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함) 31. 피부(두피 및 입술포함) 32. 경추부(해당신경 포함) 33. 흉추부(해당신경 포함) 34. 요추부(해당신경 포함) 35. 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부 (해당신경 포함) 36. 왼쪽 어깨 37. 오른쪽 어깨 38. 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함) 39. 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함) 40. 왼손(왼쪽 손목 관절 이하) 41. 오른손(오른쪽 손목 관절 이하) 42. 왼쪽 고관절 43. 오른쪽 고관절 44. 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함) 45. 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함) 46. 왼발(왼쪽 발목 관절 이하) 47. 오른발(오른쪽 발목 관절 이하) 48. 상하악골(위턱뼈,아래턱뼈) 49. 쇄골(빗장뼈) 50. 늑골(갈비뼈)

【별표3】

특정 신체부위질병보장제한부 분류표 (2) 특정 질병

약관에 규정하는 "특정 신체부위질병보장제한부 분류표 (2) 특정 질병"으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 "특정 질병" 해당 여부를 판단합니다.

특정 질병		
골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
	M06	기타 류마티스관절염
	M08	연소성 관절염
	M15	다발관절증
	M16	고관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제1수근중수관절의 관절증
	M19	기타 관절증
담석증 (쓸개돌증)	K80	담석증(쓸개돌증)
요로결석 (돌)증	N20	신장 및 요관의 결석(돌)
	N21	하부요로의 결석(돌)
	N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석(돌)
	N23	상세불명의 신장 급통증
척추질환	M47	척추증
	M48.0	척추 협착
	M50	경추간판장애
	M51	기타추간판장애
	M54	등통증
자궁근종	D25	자궁의 평활근종
자궁 내막증	N80	자궁내막증
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성 골반 염증 질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증 장애

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 "특정 질병" 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표4】

악성신생물(암) 분류표

약관에서 규정하는 '악성신생물(암)'으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '악성신생물(암)' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강(입속) 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증(골수증식성질환으로 말초혈액속의 적혈구 수가 증가하는 상태)	D45
17. 골수형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '악성신생물(암)' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주2) 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【 별표5 】

제자리암 분류표

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '제자리암' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강(입속), 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【 별표6 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강(입속) 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 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. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표7】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 “뇌출혈”로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “뇌출혈” 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 “뇌출혈” 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표8】

뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 ‘뇌졸중’으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘뇌졸중’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색(막힘) 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색(막힘) 및 협착	I66

주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘뇌졸중’ 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표9】

뇌혈관질환 분류표

약관에서 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색(막힘) 및 협착	165
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색(막힘) 및 협착	166
8. 기타 뇌혈관질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
10. 뇌혈관질환의 후유증	169

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표10】

허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심질환	I24
6. 만성 허혈성심장병	I25

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표11】

급성심근경색증 분류표

약관에서 규정하는 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표12】

백내장 및 특정장질환 분류표

약관에서 규정하는 '백내장' 및 '특정장질환'으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '백내장' 및 '특정장질환' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 노년 백내장	H25
2. 기타 백내장	H26
3. 달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타 장애	H28
4. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
5. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성신생물	D12
6. 항문 및 직장의 기타 질환	K62
7. 장의 기타 질환	K63

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '백내장' 및 '특정장질환' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표13】

3대다빈도질병 분류표

약관에서 규정하는 '3대다빈도질병'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '3대다빈도질병' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
관절염	감염성 관절병증 [M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)] 제외 [M14.2 : 당뇨병성 관절병증] 제외 염증성 다발관절병증 [J99.0* : 류마티스페질환(M05.1†)] 관절증 기타 관절장애	M00~M03 M01.1*(제외) M14.2(제외) M05~M14 J99.0* M15~M19 M20~M25
	노년성 백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
생식기질환	남성 생식기관의 질환 [A59.08† : 편모충성 전립선염(N51.0*)] [B26.0† : 불거리고환염(N51.1*)] 여성 골반내 기관의 염증성 질환 [N74.0* : 자궁경부의 결핵염(A18.15†)] 제외 [N74.1* : 여성 결핵성 골반염증(N18.16†)] 제외 여성 생식기관 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성불임 제외) (인공수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N40~N45 N49~N51 A59.08+ B26.0+ N70~N77 N74.0*(제외) N74.1*(제외) N80~N95 N99

주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '3대다빈도질병' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표14】

6대질병 분류표

약관에서 규정하는 '6대질병'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '6대질병' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병 수막구구성 심장질환 칸디다심내막염	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52 A39.5 B37.6
	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환 거대세포바이러스간염 톡소포자충 간염	B15~B19 K70~K77 B25.1 B58.1
	고혈압 질환	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.0
만성하부호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
	위궤양 및 십이지장궤양	K25 K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '6대질병' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주3) 단, 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)에서 H35.0로 분류되는 대상 질병 중 제7차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)에서 H35.02으로 분류되던 대상 질병에 대해서만 보장합니다.

【별표15】

16대특정질병 분류표

약관에서 규정하는 '16대특정질병'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '16대특정질병' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
결핵	결핵	A15~A19
	결핵의 후유증	B90
	결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3
	장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3~*)	K93.0
	결핵관절염(A18.01†)	M01.1
	척추의 결핵(A18.00†)	M49.0
	뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0
	결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0
	자궁경부의 결핵감염(A18.15†)	N74.0
	여성 결핵성 골반염증질환(A18.16†)	N74.1
폐혈증	연쇄알균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
중추신경계통의 염증성 질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	수막알균수막염(G01*)	A39.0
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	아데노바이러스수막염(G02.0*)	A87.1
	엔테로바이러스수막염(G02.0*)	A87.0
	헤르페스바이러스수막염(G02.0*)	B00.3
	수막염이 합병된 홍역(G02.0*)	B05.1
	볼거리수막염(G02.0*)	B26.1
	수두수막염(G02.0*)	B01.0
	대상포진수막염(G02.0*)	B02.1
	칸디다수막염(G02.1*)	B37.5
	콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)	B38.4
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	아데노바이러스뇌염(G05.1*)	A85.1
	엔테로바이러스뇌염(G05.1*)	A85.0
	헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)	B00.4
	뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)	B05.0
	볼거리뇌염(G05.1*)	B26.2
	수두뇌염(G05.1*)	B01.1
	대상포진뇌염(G05.1*)	B02.0
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	아메바성 뇌농양(G07*)	A06.6
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09

대상이 되는 질병		분류번호
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
다발경화증	다발경화증	G35
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애 (복합부위통증증후군 I형) (복합부위통증증후군 II형 제외) (기타 및 상세불명 유형의 복합부위통증증후군 제외)	G90 (G90.5제외) (G90.6제외) (G90.7제외)
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
동맥경화증	죽상경화증	I70
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	수두폐렴(J17.1*)	B01.2
	폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2
폐질환	거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0
	폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3
	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
급성체장염	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	홍역의 기타 질환	J90~J94
급성체장염	급성 체장염	K85
체장질환	체장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 체장의 장애	K87
	거대세포바이러스체장염(K87.1*)	B25.2+
신부전	불거리체장염(K87.1*)	B26.3+
	신부전	N17~N19
크로이츠펠트-야콥병	크로이츠펠트-야콥병	A81.0
조로증	조로증	E34.8

주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '16대특정질병' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당

여부를 다시 판단하지 않습니다

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표16】

23대생활질병 분류표

약관에서 규정하는 '23대생활질병'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '23대생활질병' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
누적 외상 성 질환	결합조직의 기타 전신침범 경추상완증후군 근육장애 윤활막 및 힘줄장애 기타 연조직장애	M35 M53.1 M60~M63 M65~M68 M70~M79 (M74, M78 제외)
유리체 의 장애	유리체의 장애	H43
림프 절염	비특이성 림프절염 림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I88 I89
뼈의 병증	골수염 골괴사 뼈의 파열병(변형성 골염) 뼈의 기타장애 복합부위통증증후군 I형 기타 및 상세불명 유형의 복합부위통증증후군	M86 M87 M88 M89 G90.5 G90.7
연골 병증	고관절 및 골반의 연소성 골연골증 기타 연소성 골연골증 기타 골연골병증 연골의 기타장애	M91 M92 M93 M94
식도 질환	식도염 위-식도역류병 식도의 기타질환 달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K20 K21 K22 K23
위 십이 지장 질환	위염 및 십이지장염 기능성 소화불량	K29 K30
눈의 양성 종양	각막의 양성 신생물 망막의 양성 신생물 맥락막의 양성 신생물 섬모체의 양성 신생물	D31.1 D31.2 D31.3 D31.4
위공장 궤양	위공장궤양	K28
동맥 및 세동 맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증 동맥 및 세동맥의 기타 장애 (투석용동정맥루를 침범한 말초동맥폐쇄질환 제외) (하지를 침범한 말초동맥폐쇄질환 제외)	I74 I77 (I77.81 제외) I77.82(제외)

대상이 되는 질병		분류번호
중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
마비	편마비 하반신마비 및 사지마비 기타 마비증후군 (상위운동신경원 안면마비 제외)	G81 G82 G83 (G83.6제외)
추간판장애	경추간판장애 기타 추간판장애	M50 M51
전신결합조직장애	결절성 다발동맥염 및 관련 병태 기타 과사성 혈관병증 전신홍반루푸스 [기관 또는 계통침범을 동반한 전신홍반루푸스(M32.1)제외] 피부다발근염 전신경화증	M30 M31 M32 (M32.1제외) M33 M34
유방의 양성 종양	유방의 양성 신생물	D24
폐부종	폐부종	J81
특정 호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가 기타 간질성 폐질환	J82 J84
부갑상선질환	부갑상선기능저하증 부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E20 E21
뇌하수체질환	뇌하수체의 기능항진 뇌하수체의 기능저하 및 기타장애	E22 E23
뇌성마비	뇌성마비	G80
뇌전증	뇌전증 뇌전증 지속상태	G40 G41
수두증	수두증	G91
외이의 질환 및 귀의 기타 장애	외이의 질환 귀의 기타 장애	H60~H62 H90~H95

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '23대생활질병' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표17】

37대생활질병 분류표

약관에서 규정하는 '37대생활질병'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '37대생활질병' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
소화기계통의 양성 신생물	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
중아호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
골 및 관절연골의 양성 신생물	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
조직의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
여성생식기의 양성 종양	중피조직의 양성 신생물 후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
남성생식기의 양성 종양	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성 신생물 난소의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
비뇨기관의 양성신생물	남성생식기관의 양성 신생물	D29
수막의 양성신생물	비뇨기관의 양성 신생물	D30
뇌 및 중추신경계통의 양성신생물	수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33

대상이 되는 질병		분류번호
갑상선 및 내분비 선의 양성신 생물	갑상선의 양성 신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
급성 상기도 감염	급성 상기도감염	J00~J06
축농증	만성 부비동염	J32
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
후각 특정 질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34
인후부 위의 특정 질환	편도주위농양	J36
	만성 후두염 및 후두기관염	J37
	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
	상기도의 기타 질환	J39
중이 및 유도의 질환	중이 및 유도의 질환	H65~H75
	중이염이 합병된 홍역(H67.1*) 홍역후 중이염(H67.1*)	B05.3+ B05.3+
내이의 질환	내이의 질환	H80~H83
황반 변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
눈 및 눈부속 기관의 특정질 환	공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애 홍채섬모체염(H22.0*) 홍채염(H22.0*) 전방포도막염(H22.0*) 각막염(H19.1*) 각막결막염(H19.1*) 각막상피염(H19.1*) 간질각막염(H19.1*) 각막내피염(H19.1*) 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*) 유행성 각막결막염(H19.2*) 조선소눈병(H19.2*) 맥락망막염증 맥락막의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 맥락망막장애 망막박리 및 망막열공 망막혈관폐쇄 기타 망막장애 달리 분류된 질환에서의 망막장애 (황반 및 후극부의 변성 제외) (고혈압성 망막병증 제외) (당뇨병성 망막병증 제외) 시신경 및 시각경로의 장애	H15~H22 B00.50+ B00.50+ B00.50+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B30.0+ B30.0+ B30.0+ H30 H31 H32 H33 H34 H35 H36 (H35.3 제외) (H35.0 제외) (H36.0 제외) H46~H48

대상이 되는 질병		분류번호
사구체 질환	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 달리 분류된 질환에서의 사구체장애 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N07 N08 (N08.3 제외)
신세뇨 관-간 질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질 장애	N16
방광의 결석	방광의 결석	N21.0
신장 및 요관의 기타 장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애 상세불명의 신장위축 원인불명의 작은 신장 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N25 N26 N27 N28 N29
비뇨계 통의 기타 질환	방광염 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 방광의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 방광장애 달리 분류된 질환에서의 요도장애 칸디다 방광염 및 요도염(N37.0*) 비뇨계통의 기타 장애 (결핵성 방광염(A18.11†) 제외) (스트레스요실금 제외) (기타 명시된 요실금 제외)	N30 N31 N32 N33 N37 B37.40+ N39 (N33.0 제외) (N39.3 제외) (N39.4 제외)
	양성 유방형성이상 유방의 염증성 장애 유방의 비대 유방의 상세불명의 덩이 유방의 기타 장애	N60 N61 N62 N63 N64
사타구 니 탈장	사타구니탈장	K40

대상이 되는 질병		분류번호
특정 부위의 탈장	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡격막탈장	K44
	기타 복부탈장	K45
	상세불명의 복부탈장	K46
비감염 성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염]	K50
	궤양성 대장염	K51
	기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
특정 장질환	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
	장의 게실병	K57
복막의 질환	복막의 질환 (결핵성 복막염(A18.30†) 제외)	K65~K67 (K67.3 제외)
담석증	담석증	K80
담낭담 도질환	담낭염	K81
	담낭의 기타 질환	K82
	담도의 기타 질환	K83
척추 변형	척추후만증 및 척추전만증	M40
	척추측만증	M41
	척추골연골증	M42
	기타 변형성 등병증	M43
척추 병증	강직척추염	M45
	기타 염증성 척추병증	M46
	척추증	M47
	기타 척추병증	M48
골다 공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84
안면 인식 장애	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	기타 뇌신경의 장애	G52
	상위운동신경원 안면마비	G83.6
단일 신경 병증	팔의 단일신경병증	G56
	다리의 단일신경병증	G57
	기타 단일신경병증	G58
	달리 분류된 질환에서의 단일신경병증 (당뇨병성 단일신경병증 제외)	G59 (G59.0 제외)
	복합부위통증증후군 II형	G90.6

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '37대생활질환' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주2) 대상질환 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질환 분류에 포함합니다.

【별표18】

당뇨병질환 분류표

약관에서 규정하는 '당뇨병질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '당뇨병질환' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
당뇨 병 질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '당뇨병질환' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고)
- 주2) 대상질환 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질환 분류에 포함합니다.

【별표19】

갑상선질환 분류표

약관에서 규정하는 '갑상선질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '갑상선질환' 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	H06.2
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	

- 주1) ① 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '갑상선질환' 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류에 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.



보험금 청구 주소 : (우) 57987 전남 순천시 순천우체국사서함 28 TEL : 1544-2792 홈페이지 : http://www.aig.co.kr

■ 피보험자 인적사항

성명				주민번호	-		
연락처				직장명/하시는일	의료급여 수급권자 여부 ☐ 예 ☐ 아니오		

■ 보험금 수익자 정보 및 안내 받을 분 인적사항 (피보험자-보험금수익자 동일시 상동에 V 표시)

보험금 수익자 (보험금 수령인)	☐ 상동	주민번호	-		☐ 상동	관계	
보험금 수익자의 실제소유자 여부	☐ 예 ☐ 아니오	보상 안내 받을 분	☐ 상동	연락처	☐ 상동	관계	

※ 활용되는 개인정보의 주체가 다수인 경우, 「보험금 청구를 위한 필수 동의서」 전원 서명 기재 부탁드립니다.

■ 사고사항 (해당 사고유형에 V 표시)

확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드리며 이하 세부 항목들을 상세히 체크 기재시 보다 신속한 보험금 지급이 가능합니다. 개별항목에 대한 상세한 설명은 약관을 참조하시기 바랍니다.

사고유형	☐ 질병 신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우	☐ 상해 급격 우연한 외부사고로 신체가 다친 경우	추가청구시	☐ (V 표시 바랍니다.)
	☐ 재물 피보험자의 재물에 손해가 발생한 경우	☐ 배상 제3자의 재물 신체에 손해가 발생한 경우	사고번호(추가접수시 기재)	
세부유형	☐ 입원 ☐ 통원 ☐ 수술 ☐ 진단 ☐ 사망 ☐ 장해 ☐ 운전자 ☐ 치과 치료			
사고(발생) 일시	년 월 일 (시 분)			사고장소(질병제외)
사고경위 (내원경위)				진단명
치료병원			진료과	
교통사고	자동차보험 처리 : ☐ 예 ☐ 아니오		해당 보험사	이륜차 탑승여부 : ☐ 예 ☐ 아니오
	본인차량번호 :		탑승위치	☐ 운전자 ☐ 조수석 ☐ 뒷자리 ☐ 보행중 ☐ 기타
실손통원의료비 청구시 작성(통원의료비 3만원 초과~10만원 이하 금액인 경우만 해당)			질병분류코드	

※ 만약 사실과 다르게 기재한 경우, 약관조항에 의해 보험금 청구권을 상실하는 불이익을 받을 수도 있습니다.

■ 보험금 수령할 계좌 (보험금 수익자 이외의 타인의 계좌로 수령하시려면, 위임장 및 인감증명서를 제출하셔야 합니다.)

은행명			예금주			계좌번호	
수익자주소					연락처		

■ 위임장 (보험금 수익자 본인이 아닌 제3자에게 보험금 지급을 원하는 경우에만 작성하시기 바랍니다. - 사망보험금 청구 시 별도의 제공된 위임장 작성)

본인은 금번 사고에 따른 보험금의 청구 및 수령의 권한과 이 사고와 관련한 보험계약상의 권리 일체(계약소멸에 따른 환급보험료가 있는 경우 포함)를 아래의 사람에게 위임하며, 이에 대하여는 일체의 이의가 없음을 서약하고 그 증거로 이 위임장에 서명, 날인하여 인감증명서와 함께 제출합니다.

위임하는 분	성명 :	(인)	주민번호			위임받는 분과의 관계	
위임받는 분	성명 :	(인)	주민번호			위임하는 분과의 관계	

■ 확인사항

- 위 기재한 보험금 청구내용이 사실과 다름이 없음을 확인합니다. - 본인은 「보험금 지급 절차 안내문」 통하여 보상절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사기간, 지급기일 등) 안내 받고 숙지 하였음을 확인합니다. - 개인정보보호법 및 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률에 따라 「보험금 청구를 위한 필수 동의서」 작성하시기 바랍니다. - 활용되는 개인정보의 정보주체가 다수인 경우, 보험회사 등 개인정보처리자가 보험금 청구서와 청구서류상의 '개인(신용)정보'를 처리하기 위해서는 고객님의 개인(신용)정보 처리 동의가 각각 필요합니다. - 미성년자, 피성년후견인, 피한정후견인의 경우, 친권자(후견인)가 서명 하시기 바랍니다. - 보험사기(고의사고, 허위입원 · 진단 · 장해, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.	
본인(피보험자, 보험금 수익자)은 보험금 심사 진행과정에 대한 안내를 문자 또는 서면으로 안내받는 것에 동의합니다. ☐	
작성일자 :	년 월 일 / 보험금 수익자 (대리청구시 대리인) : (서명)



보험금 지급 절차 안내

1. 보험금 지급 절차 안내

고객님의 금번 사고에 대하여 심심한 위로의 말씀을 드리며, 보험금 청구서류 안내장을(홈페이지 www.aig.co.kr에서 참조 가능) 참조하셔서 관련서류를 구비하신 후 등기 우편 또는 200만원 이하 서류는 팩스로 발송하여 주시면 접수 후 신속히 처리하여 드리겠습니다. 또한 500만원 이하 서류는 당사 홈페이지 또는 모바일 앱으로도 보험금 청구 접수가 가능합니다.

- 청구서류가 접수되면 보상처리 담당자가 지정되며 SMS를 통해 담당자 성명과 대표 번호가 통보됩니다.
- 서류를 발송하기 전 문의사항, 보험금 청구서류, 지급가능계약 및 담당자 연락처 등은 당사 고객센터(1544-2792)로 전화 주시기 바랍니다.
(상당가능시간 : 월요일~금요일 09~18시)
- 증권 재발행을 원하시는 경우도 회사 고객센터로 신청하실 수 있습니다.

2. 손해사정사 선임 및 조사

- 보험사는 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있으며, 청구권자는 보험회사와 별도로 손해사정사를 선임할 수 있습니다.
- 이 경우 회사는 고객님의 개인정보제공·활용 동의를 받아야 하며, 고객님은 원활한 보험금 지급을 위하여 동의를 하여야 합니다. 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 지연이자를 지급하지 않습니다.
- 고객님은 사고의 손해사정을 위해 별도의 손해사정사의 선임이 가능하며 손해사정사를 선임하지 않을 경우 보험회사는 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

〈손해사정사 선임 시 비용주체〉

- **보험계약자 등 부담**
보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때
보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때
- **보험회사 부담**
손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
정당한 사유 없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날을 말한다)를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

- 독립손해사정사 또는 독립손해사정사에 소속된 손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험회사와 보험금에 대하여 합의 또는 절충 등의 불공정한 행위를 할 수 없습니다.

3. 손해사정서 열람 또는 사본 교부

- 보험회사는 보험금 청구권자가 요청하는 경우에는 고용손해사정사가 작성·제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하여 드립니다. 단, 보험사고로 인한 손해가 경미하고 보험사고 발생 후 즉시 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니할 수 있습니다. (보험업감독규정 제9-20조 제4항)

4. 의료심사

- 보험 수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험 수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

5. 보험기간 치료비 부담 지급(비례보상 적용)

- 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약 별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다. 이 경우 접수대행 신청서를 작성하시면 타사에 접수 대행이 가능합니다.
- 타 보험사에 가입이 되어 있는 보험계약은 손해보험협회 또는 생명보험협회를 통해서 확인하실 수 있습니다.

6. 장해진단서 제출시 유의사항

- 후유장해 관련 보험금 청구 시 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어질 수 있으며, 의료 재심사를 하는 경우 피보험자와 회사 가 동의 하는 종합병원(의료법 제3조 의료기관)소속 전문의 중에 정하고 그에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ※ 청구 당시에 상급종합병원의 장해진단서를 제출하시면 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

7. 보험금 지급안내 및 심사절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소로 보험금 지급안내문 또는 문자메세지가 발송됩니다.
- 당사 홈페이지(www.aig.co.kr)또는 고객센터(1544-2792)를 통하여 조회할 수 있으며, 문의사항이 있으시면 보험금 청구 시 안내되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

8. 예상 지급기일

- 상해·질병사고의 예상지급일은 최종 서류접수일부터 3영업일이며, 배상책임손해와 재산손해의 예상 지급일은 지급할 보험금이 결정된 후 7영업일 이내입니다.

9. 보험금 지급심사 지연안내 및 지연이자 지급

- 약관상 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연 사유, 지급 예정일을 안내하여 드리며 지급 예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다.
- 약관에서 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우 보험금 가지급제도에 따라 보험금을 지급받을 수 있습니다.
- 가지급제도 신청은 당사 인터넷 홈페이지 또는 고객센터(1544-2792)로 가능합니다.
- 단, 보험금 지급 관련 개인정보 활동 또는 의료 심사에 대한 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연 또는 불가할 수 있습니다.

10. 보험금 청구 소멸시효(상법 제662조)

- 상법 제662조(소멸시효)에 의거 보험금 청구권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.(단, 2015.03.12 이전 청구사유 발생 건은 2년)

11. 직접 청구권

- 피보험자가 법률상의 손해배상 책임을 지는 사고가 생긴 경우, 손해배상청구권자는 보험회사에 직접 손해배상금을 청구할 수 있습니다.

12. 보험금 부지급 결정 및 재심사 청구

- 보험약관에 따라 보험금 부지급으로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 부지급 결정에 동의하지 않는 경우 재심사 청구 가능합니다.
당사 소비자 보호실로 이의를 제기하시면 정성껏 상담하여 드리겠습니다.
- ※ 우편접수 : 07326 서울특별시 영등포구 국제금융로 10 국제금융센터 Two IFC 26층 AIG손해보험 소비자보호실
- ※ 전화상담 : 소비자보호실 (02) 2260-6939 및 고객센터 (1544-2792)

13. 분쟁 조정절차 및 피해 구제사항 안내

- 문의사항이 있을 경우 담당자에게 연락을 주시거나 병원에 비치된 안내장을 참고하시기 바랍니다. 또한 고객센터(1544-2792)로 문의하실 수 있으며, 분쟁이 발생할 경우 금융감독원 (국번 없이 1332)으로 조정 신청할 수 있습니다.



[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서

보험금 청구 주소 : (우) 57987 전남 순천시 순천우체국사서함 28

귀하는 개인(신용)정보의 수집·이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

1. 수집·이용에 관한 사항

수집·이용 목적	- 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(손해사정 또는 의료자문, 잔존물 대위, 구상업무 관련 포함) - 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무
보유 및 이용기간	- 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권·채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다.

수집·이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함
민감정보	피보험자의 국내 및 국외 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(국내 및 국외의 경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함) 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함
개인(신용)정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 운전면허정보, 가족 관계 증명, 주민등록(초)등본 상의 정보, 자동(이륜)차등록(원부)증 사업자등록증 상의 정보, 국내거소신고번호 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입 금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함

2. 제공에 관한 사항

제공받는 자	- 국가기관등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무수행기관(위탁사업자포함) - 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 - 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) - 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 - 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 - 보험협회 등 : 생명·손해보험협회 - 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(보험사고조사업체, 손해사정업체, 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터, 자동차보험의 경우 그 외 건강보험심사평가원, 자동차보험 진료수가분쟁심의회, 당사의 국내, 국외 계열사 및 수탁 업체 등)
제공받는 자의 이용목적	- 국가기관등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) - 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역발급간소화 서비스 - 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구 - 금융거래기관 : 금융거래 업무 - 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 - 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등) - 업무수탁자 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등에 필요한 업무, 진료비심사, 의료심사 및 자문, 법률자문
보유 및 이용기간	- 제공받는 자의 이용목적에 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

* 외국 재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

제공 항목

FO 번호	 고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호
		위 <u>고유식별정보</u> 제공에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함
국 내	 민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)
		위 <u>민감정보</u> 제공에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함
	 개인(신용)정보  일반개인정보  신용거래정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 운전면허정보, 가족관계 증명, 주민등록(초)등본 상의 정보, 자동(이륜)차등록(원부)증, 사업자등록증 상의 정보, 국내거소신고번호
		금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
국 외	 민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)
		위 <u>민감정보</u> 제공에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함
	 개인(신용)정보  일반개인정보  신용거래정보	성명, 주소, 생년월일 성별 국적 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
		위 <u>개인신용정보</u> 제공에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함

* 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다.
(홈페이지 [www.aig.co.kr]에서 확인 가능)

3. 조회 관한 사항

조회 대상 기관	- 종합신용정보집중기관, 손해보험협회 - 보험요율산출기관, 국토교통부
조회 목적	- 종합신용정보집중기관 : 보험사고 · 보험사기 조사 및 보험금지급 · 심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 보험요율산출기관, 국토교통부 : 보험사고 · 보험사기 조사 및 보험금 지급 · 심사 - 손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의의 효력기간	해당 보험거래 종료일까지 동의의 효력이 지속됩니다.

조회 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 <u>고유식별정보 조회</u>에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함
민감정보	피보험자의 질병 · 상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등) 교통법규 위반정보, 교통사고조사기록(당사의 요청에 따라 보험요율산출기관이 경찰청으로부터 제공받은 정보) 위 <u>민감정보 조회</u>에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함
개인(신용)정보	
L 일반개인정보	성명, 국내거소신고번호, 면허의 효력에 관한 정보
L 신용거래정보	보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
	위 <u>개인신용정보 조회</u>에 동의하십니까? ☐ 동의안함 ☐ 동의함

※ 만14세 미만의 경우 법정대리인(친권자 또는 후견인)이 작성 후 서명을 하시고, 만14세 이상의 경우 미성년 본인 직접 동의 또는 법정대리인(친권자 또는 후견인) 대리동의 후 서명하시기 바랍니다.

※ 피보험자와 보험금 수익자가 동일한 경우 「피보험자」 한쪽에만 체크하여 주시기 바랍니다.

※ 활용되는 개인정보의 정보주체가 다수인 경우(다수의 수익자 및 다수의 상속인 등) 아래 서명란에 전원 기재해 주시기 바랍니다.

작성일자 : 년 월 일

피보험자	서명 :	대리인	서명 :
보험금 수익자	서명 :		서명 :



보험금 신청서 청구서류 안내장

■ 상해, 질병사고

보장내역			청구서류	발급처
공통	기본		① 보험금신청서 ② 개인(신용)정보처리동의서 ③ 청구인 신분증 사본	보험회사 보험회사 관공서
	추가		① 통장사본 (사전 미등록 계좌) ② 가족관계 확인 필요시* : 가족관계 확인 서류 (예시: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) 배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 ③ 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서 (또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서	은행 · 증권사 관공서
보 장 구 분 별	사 망	공통 선택	① 사망진단서 (사체검안서) 원본 ② 사망진단서 (사체검안서) 사본 및 기본증명서 (사망사실 기재)	의료기관 및 주민센터*
		상해 추가	① 상해입증서류*	서류별 상이
	입 원 비	공통 선택	① 진단명 (질병분류코드) · 입원기간이 포함된 서류 [예: 입 · 퇴원확인서] ② 진단서	의료기관 의료기관
		상해 추가	① 상해입증서류*	서류별 상이
	통 원 비	공통 선택	① 진단명 (질병분류코드) · 통원일 (기간)이 포함된 서류 [예: 통원확인서] ② 진단서	의료기관 의료기관
		상해 추가	① 상해입증서류*	서류별 상이
	후 유 장 해	공통 선택	① 후유장애진단서 ① (일반)진단서 (* 일반진단서로 대체가 가능한 경우)	의료기관(종합병원) 의료기관
			* 일반진단서 제출 시 추가 필요서류 ① 만성신부전 : 혈액투석 (최초투석일, 환자상태 기재) ② 사지절단 (절단부위 명시) : X-RAY결과지 ③ 인공관절치환술 (치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 ④ 비장 · 신장 · 안구적출 (적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑤ 장기전절제 (절제일자, 부위 명시) : 수술기록지	의료기관 의료기관 의료기관 의료기관 의료기관
		상해 추가	① 상해입증서류*	서류별 상이
	수 술	공통 기본	① 진단명 (질병분류코드) · 수술명 · 수술일자가 포함된 서류 [예: 수술기록지, 진단서 등] ② 진료비세부내역서 (또는 수술코드 확인되는 서류)	의료기관
		상해 추가	① 상해입증서류*	서류별 상이
	골 절	선택	① 진단명 (질병분류코드) · 진단일자가 포함된 서류 [예: 의사소견서] ② 통원확인서 · 입 · 퇴원확인서 + X-RAY결과지 ③ 진단서	의료기관 의료기관 의료기관
			① 진단명 (질병분류코드) · 입원기간이 포함된 서류 [예: 입 · 퇴원확인서] ② 진단서	의료기관 의료기관
	치 료	추가	① 상해입증서류*	서류별 상이
		선택	① 진단서 (진단명, 질병분류코드 포함)	의료기관
	진 단	공통 기본	① 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 - 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지 (조직검사 못할 경우) - 간 : 방사선 판독결과지 (조직검사 못할 경우) 및 혈액검사 결과지	의료기관
			① CT, MRI 등 방사선 판독 결과지	의료기관
		암 기본	① 각종 검사결과지 (관상동맥조영술결과지, 심전도결과지, 근효소결과검사지 등)	의료기관
		뇌출중 심근경색	① 진단명 (질병분류코드) · 입원기간이 포함된 서류 [예: 입 · 퇴원확인서] ② 진단서	의료기관 의료기관
실 손 의 료	입 원	기본	진료비계산영수증 및 진료비세부내역서	의료기관
		선택	① 진단명 (질병분류코드) · 입원기간이 포함된 서류 [예: 입 · 퇴원확인서] ② 진단서	의료기관
	통 원 (외래 · 처방)	기본	- 3만원 이하 : 청구서, 진료비계산서 (영수증) - 3만원 초과 ~ 10만원 이하 : 청구서, 처방전 (질병분류기호 기재), 진료비계산서 (영수증) - 10만원 초과 : 청구서, 처방전 (질병분류기호 기재), 진료비계산서 (영수증), 통원확인서, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등 ※ 금액구분은 동일사고당 영수금액을 기준으로 합니다. ※ 병원은 추가증빙서류 발급시 별도 비용을 청구할 수 있으므로, 치료 후 반드시 질병분류기호가 기재된 처방전 2부를 교부받으시기 바랍니다.	의료기관
		선택	※ 질병분류기호가 기재된 처방전이 없는 경우, 추가 증빙서류를 요청할 수 있습니다. ※ 금액구분은 동일사고당 영수금액을 기준으로 합니다. ※ 10만원 이하 청구건에 대해서도 보험금 지급 제외대상이 많은 진료과목 (산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구 횟수가 과다한 경우 등 추가 심사가 필요하다고 판단 되는 때에는 별도의 추가 증빙서류제출이 필요할 수 있습니다.	의료기관

- 대한민국 정부민원 포털사이트 민원24시(www.minwon.go.kr) 등에서 발급 가능
- 서류 별 발급비용은 해당 의료기관 및 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) 홈페이지(병원 · 약국-비급여진료비정보) 참고
- 상해 입증서류 예시
 - 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
 - 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
 - 군인재해사고 : 공무상병인증서
 - 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
 - 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
 - 확인서류 발급불가 상해사고 : 병원초진차트 등 상해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 상해사고내용 기재
 - 자살 : 경찰서 발행 변사사실확인원
- 동 안내장은 일반적인 보험금 청구 시 필요한 서류를 기재한 것으로서 보험수익자가 다수이거나 미성년자 또는 대리청구, 단체보험 등의 경우에는 추가서류가 필요할 수 있으므로, 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다