

**무배당 프로미라이프
다이렉트 건강플러스보험1211**

목 차

보험가입자안내	9
가입자 유의사항	26
주요내용 요약서	32
보험 용어 해설	36
보험금 청구시 준비하셔야 할 서류	38
제 1절 보통약관	45
제 2절 특별약관	67
【제 1장 상해관련 특별약관】	69
1. 상해사망 특별약관	69
1-1. 상해사망(세만기) 특별약관	69
1-2. 상해사망(3년만기자동갱신) 특별약관	70
2. 상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관	72
3. 상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관	73
4. 상해80%이상후유장해 특별약관	74
5. 상해80%이상후유장해연금(매년10년간지급) 특별약관	75
6. 상해50%이상후유장해연금(매년10년간지급) 특별약관	77
7. 대중교통이용중 교통상해사망 특별약관	79
8. 대중교통이용중 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관 ...	81
9. 대중교통이용중 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관	82
10. 대중교통이용중 교통상해80%이상후유장해 특별약관	84
11. 대중교통이용중 교통상해80%이상후유장해연금 (매년10년간지급) 특별약관	87
12. 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관	89
12-1. 운전자 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관	89
12-2. 비운전자 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관 ...	92
13. 교통상해사망 특별약관	95
13-1. 운전자 교통상해사망 특별약관	95
13-2. 비운전자 교통상해사망 특별약관	97
14. 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관	99
14-1. 운전자 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관	99
14-2. 비운전자 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관	101
15. 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관	103
15-1. 운전자 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관	103
15-2. 비운전자 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관	105
16. 교통상해80%이상후유장해 특별약관	106

16-1. 운전자 교통상해80%이상후유장해 특별약관	106
16-2. 비운전자 교통상해80%이상후유장해 특별약관	109
17. 교통상해80%미만후유장해 특별약관	112
17-1. 운전자 교통상해80%미만후유장해 특별약관	112
17-2. 비운전자 교통상해80%미만후유장해 특별약관	115
18. 운전중 교통상해사망 특별약관	118
19. 운전중 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관	119
20. 운전중 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관	121
21. 운전중 교통상해80%이상후유장해 특별약관	122
22. 상해흉터복원수술비 특별약관	125
23. 중대한 특정상해수술비 특별약관	126
24. 골절진단비(치아제외) 특별약관	128
25. 5대골절진단비 특별약관	129
26. 화상진단비 특별약관	130
27. 상해수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	131
28. 상해입원일당(1일이상) 특별약관	134
28-1. 상해입원일당(1일이상)(세만기) 특별약관	134
28-1. 상해입원일당(1일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관	135
29. 상해중환자실입원일당(1일이상) 특별약관	138
30. 교통상해입원일당(1일이상) 특별약관	139
30-1. 운전자 교통상해입원일당(1일이상) 특별약관	139
30-2. 비운전자 교통상해입원일당(1일이상) 특별약관	141
31. 자동차부상치료비 특별약관	144
31-1. 운전자 자동차부상치료비 특별약관	144
31-2. 비운전자 자동차부상치료비 특별약관	145
32. 강력범죄피해보험금 특별약관	147
33. 자동차사고성형수술비 특별약관	148
34. 자동차사고치아보철지원금 특별약관	150
35. 폭력피해보험금(3년만기자동갱신) 특별약관	151
【제 2장 질병관련 특별약관】	154
1. 질병사망 특별약관	154
1-1. 질병사망(세만기) 특별약관	154
1-2. 질병사망(3년만기자동갱신) 특별약관	155
2. 질병사망연금(매월10년간지급) 특별약관	157
3. 질병80%이상후유장해 특별약관	158
3-1. 질병80%이상후유장해(세만기) 특별약관	158
3-2. 질병80%이상후유장해(3년만기자동갱신) 특별약관	160
4. 뇌졸중진단비(3년만기자동갱신) 특별약관	164
5. 암사망 특별약관	167
5-1. 암사망(세만기) 특별약관	167
5-2. 암사망(3년만기자동갱신) 특별약관	169
6. 암80%이상후유장해 특별약관	173
6-1. 암80%이상후유장해(세만기) 특별약관	173
6-2. 암80%이상후유장해(3년만기자동갱신) 특별약관	176
7. 암진단비 특별약관	181

7-1. 암진단비(세만기) 특별약관	181
7-2. 암진단비 (3년만기자동갱신) 특별약관	184
8. 두번째암진단비(원발/전이/재발암)(3년만기자동갱신) 특별약관	189
9. 암진단연금 I (매년5년간지급)(3년만기자동갱신) 특별약관 ...	194
10. 암진단연금 II (매월10개월간지급)(3년만기자동갱신)특별약관 ...	199
11. 항암방사선·약물치료비 특별약관	204
12. 암입원일당(4일이상) 특별약관	207
12-1. 암입원일당(4일이상)(세만기) 특별약관	207
12-2. 암입원일당(4일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관	210
13. 뇌출혈진단비 특별약관	216
13-1. 뇌출혈진단비(세만기) 특별약관	216
13-2. 뇌출혈진단비(3년만기자동갱신) 특별약관	217
14. 급성심근경색증진단비 특별약관	220
14-1. 급성심근경색증진단비(세만기) 특별약관	220
14-2. 급성심근경색증진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ...	222
15. 고액치료비암진단비 특별약관	225
15-1. 고액치료비암진단비(세만기) 특별약관	225
15-2. 고액치료비암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관	227
16. 11대특정암진단비 특별약관	230
16-1. 11대특정암진단비(세만기) 특별약관	230
16-2. 11대특정암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ...	232
17. 만성당뇨합병증진단비 특별약관	236
17-1. 만성당뇨합병증진단비(세만기) 특별약관	236
17-2. 만성당뇨합병증진단비(3년만기자동갱신) 특별약관	238
18. 중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관	241
19. 말기신부전증진단비 특별약관	243
20. 말기간경화진단비 특별약관	244
21. 말기폐질환진단비 특별약관	246
22. 암수술비 I 특별약관	247
22-1. 암수술비 I (세만기) 특별약관	247
22-2. 암수술비 I (3년만기자동갱신) 특별약관	251
23. 암수술비 II 특별약관	255
23-1. 암수술비 II (세만기) 특별약관	255
23-2. 암수술비 II (3년만기자동갱신) 특별약관	258
24. 질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	262
25. 7대질병수술비 특별약관	266
25-1. 7대질병수술비(세만기) 특별약관	266
25-2. 7대질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	268
26. 16대질병수술비 특별약관	272
26-1. 16대질병수술비(세만기) 특별약관	272
26-2. 16대질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	275
27. 자궁적출수술비 특별약관	279
28. 남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관	282
29. 시청각질환수술비 특별약관	284
30. 관상동맥우회수술비 특별약관	286

31. 심장판막수술비 특별약관	288
32. 여성만성질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	289
33. 부인과질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	292
34. 조혈모세포이식수술비 특별약관	296
35. 인후질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	298
36. 탈장질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	301
37. 담석·담도질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	304
38. 질병입원일당(1일이상) 특별약관	307
38-1.질병입원일당(1일이상)(세만기) 특별약관	307
38-2.질병입원일당(1일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관	309
39. 질병중환자실입원일당(1일이상)특별약관	312
40. 노인성질병입원일당(4일이상) 특별약관	315
41. 식중독입원일당(4일이상) 특별약관	317
42. 시청각질환입원일당(1일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관	319
43. 특정전염병치료비 특별약관	322
44. 충수염(맹장염)수술비 특별약관	323
45. 자녀7대암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관	325
46. 자녀10대질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관	329
47. 자녀10대질환입원일당(4일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관	332
【제 3장 상해·질병관련/ 기타 특별약관】	336
1. 5대장기이식수술비 특별약관	336
2. 각막이식수술비 특별약관	337
3. 중증치매진단비 특별약관	339
4. 유방절제수술비 특별약관	341
5. 인공관절수술비 특별약관	343
6. 소득상실유발특정상해·질병입원일당(1일이상) 특별약관	345
7. 김스치료비 특별약관	347
8. 출원비용(갈때기출 제외)(정규출,실손) 특별약관	349
9. 가족일상생활배상책임(실손) 특별약관	351
9-1.가족일상생활배상책임(실손)(세만기) 특별약관	351
9-2.가족일상생활배상책임(실손)(3년만기자동갱신)특별약관	359
10. 상해·질병구직급여지원금(3년만기자동갱신) 특별약관	369
11. 구직급여일당(1일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관	373
12. 장기구직급여지원금(31/61/91일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관	376
13. 자녀만의배상책임(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관	380
【제 4장 부양자관련 특별약관】	389
1. 엄마상해사망(3년만기자동갱신) 특별약관	389
【제 5장 운전자비용관련 특별약관】	392
1. 벌금(실손) 특별약관	392
2. 자동차사고 변호사선임비용(실손) 특별약관	393
3. 교통사고처리지원금(실손) 특별약관	395
3-1. 자가용운전자 교통사고처리지원금(실손) 특별약관	395

3-2. 영업용운전자 교통사고처리지원금(실손) 특별약관	398
4. 중상해 교통사고처리지원금(실손) 특별약관	400
4-1. 자가용운전자 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관	400
4-2. 영업용운전자 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관	403
5. 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관	405
5-1. 자가용운전자 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관	405
5-2. 영업용운전자 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관	407
6. 면허정지일당(영업용) 특별약관	409
7. 면허취소보험금(영업용) 특별약관	411
8. 자전거사고처리지원금(타인사망시)(실손) 특별약관	412
9. 자전거벌금(실손) 특별약관	414
제 3절 실손의료비(3년만기자동갱신) 특별약관	417
제 4절 국내사고 해외치료입원의료비(본인부담금40%실손보상) (3년만기자동갱신) 특별약관	457
제 5절 제도성 특별약관	481
1. 이론자동차 운전중상해 부담보 특별약관	483
2. 보험료 자동납입 특별약관	484
3. 선지급 서비스 특별약관	484
4. 특정부위·질병부담보 특별약관	487
5. 지정대리청구서비스 특별약관	489
6. 출생전 자녀가입 특별약관	491
7. 실손의료비 보장(적립대체형) 무사고할인 특별약관	493
【별표 1】 장해분류표	495
【별표 2】 중대한 특정상해 분류표	511
【별표 3】 골절(치아파절제외)분류표	511
【별표 4】 5대골절분류표	512
【별표 5】 화상 분류표	512
【별표 6】 의료법시행규칙 별표4 「의료기관의 시설규격」	513
【별표 7】 자동차사고 부상등급표	516
【별표 8】 뇌졸중 분류표	521
【별표 9】 공시이율에 관한 사항	521
【별표10】 악성신생물(암) 분류표	523
【별표11】 제자리신생물 분류표	524
【별표12】 행동양식의 불명 또는 미상의 신생물 분류표	524
【별표13】 뇌출혈 분류표	525
【별표14】 급성심근경색증 분류표	525
【별표15】 고액치료비암 분류표	526
【별표16】 11대특정암 분류표	527
【별표17】 말기폐질환 분류표	528
【별표18】 7대질병 분류표	529

【별표19】 16대질병 분류표	530
【별표20】 여성생식기암 및 자궁적출관련 분류표	532
【별표20-1】 여성생식기암 분류표	532
【별표20-2】 자궁적출수술 분류표	532
【별표21】 남성특정비뇨기계질환 분류표	533
【별표22】 특정부위·질병 분류표	534
【별표23】 시정각질환 분류표	536
【별표24】 여성만성질환 분류표	537
【별표25】 부인과질환 분류표	538
【별표26】 인후질환 분류표	539
【별표27】 탈장질환 분류표	539
【별표28】 담석·담도질환 분류표	540
【별표29】 노인성질환 분류표	540
【별표30】 식중독 분류표	541
【별표31】 치매 분류표	541
【별표32】 유방절제수술 분류표	542
【별표33】 소득상실유발 특정상해·질병 분류표	543
【별표34】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서	547
【별표35】 특정전염병 분류표	548
【별표36】 충수염(맹장염) 분류표	549
【별표37】 자녀7대암 분류표	549
【별표38】 자녀10대질환 분류표	550

※ 보험계약시 보통약관 및 선택하여 가입하신 특별약관에 한하여
보장(보상) 받으실 수 있습니다.

보 험 가 입 자 안 내

귀하께서는 우리 동부화재해상보험(주)와 보험계약을 체결하셨습니다.

현대사회를 살아가면서 발생할 수 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 우리회사 임·직원 모두가 깊이 감사드립니다.

이 보험 안내서는 귀하께서 보험에 대한 합리적인 선택을 하시는 데 도움을 드리고자 장기손해보험(개인연금 포함)을 가입하시기 전에 꼭 알아두셔야 할 사항에 대하여 설명하고 있습니다. 자세히 읽어보시고 해당 사항에 대해 궁금하신 점이나 불편사항이 있는 경우 우리회사 본사 고객상담센터(TEL:1588-0100)나 인터넷 홈페이지(www.idongbu.com)를 통하여 문의하시면 상세히 안내하여 드립니다.

1. 장기손해보험의 원리 및 특성
2. 장기손해보험의 유형
3. 장기손해보험의 선택방법
4. 장기손해보험 가입시 유의사항
5. 장기손해보험 가입자 보호제도
6. 장기손해보험상담 및 분쟁조정 안내
7. 신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

또한 보험계약체결시 보험약관 및 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하셨거나 모집종사자의 부당행위가 있을 경우 첨부되어 있는 “보험계약확인 반송엽서”를 우리회사 장기U/W(언더라이팅)기획파트로 보내주시면 즉시 시정해 드리겠습니다.

우리회사 임직원은 귀하께서 체결한 보험계약의 종료시점까지 성실히 운영하겠습니다.

1. 장기손해보험의 원리 및 특성

장기손해보험은 당사자 일방이 약정한 보험료를 납입하고, 상대방이 재산 또는 생명이나 신체 등에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 발생한 손해를 약관에서 정한 바에 따라 보상(보험금)받게 되는 경제적 준비제도입니다.

장기손해보험은 다음과 같은 특성을 가지고 있습니다.

가. 장기손해보험은 보험계약자가 납입한 보험료 중에서 저축보험료 부분을 회사가 보험기간동안 소정의 이율로 운용하여 보험기간이 만료되는 시점에서 보험계약자에게 만기환급금으로 지급하는 저축기능과 보험기간 동안의 위험을 보장받을 수 있는 보장기능을 겸비하고 있는 보험상품입니다.

다만, 순수보장성 보험의 경우에는 만기환급금이 없는 대신에 보험료가 저렴합니다.

나. 보험계약은 보험계약자가 청약을 하고 보험회사가 승낙을 하면 성립됩니다. 보험계약자가 청약을 하고 보험료를 납부하신 후 30일 이내에 보험회사의 거절의 통지가 없으면 보험계약이 승낙된 것으로 봅니다.

다. 장기손해보험의 보험료 납입은 연납을 원칙으로 하되 보험계약자의 선택에 따라 월납, 2월납, 3월납, 6월납, 일시납 등으로 할 수 있습니다. 만기시 지급하는 만기환급금의 재원으로 인하여 보험료 규모가 크고, 보험기간이 장기인 점을 감안하여 납입 방법을 다양하게 선택할 수 있도록 하고 있습니다.

라. 보험계약자가 사정에 의하여 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 못하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 보험계약자에게 안내하여 드리며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다.

다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고는 보상을 받을 수 있습니다.

마. 보험계약이 보험료납입 지연 등으로 해지되었으나, 해지환급금을 받지 아니한 경우 보험계약자는 해지일로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하시면 보험계약이 부활(효력회복)됩니다.

바. 보험계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사에서 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다. 보험계약대출은 별도의 담보가 필요 없으며, 대출을 받은 보험계약자는 회사가 정한 보험계약대출이율에 해당하는 이자를 부담하셔야 합니다.

보험계약자는 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 미상환시 회사는 보험금 또는 해지환급금 지급시 제지급금과 상계할 수 있습니다.

다만, 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

사. 장기보험계약의 관련자는 보험계약자, 피보험자(보험대상자), 사망보험금 수익자, 보험회사로 구성됩니다.

- 보험계약자는 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
- 피보험자(보험대상자)는 보험사고 발생의 대상이 되는 자 또는 보험금청구권을 가지는 자입니다.
- 사망보험금수익자(보험금을 받는 자)는 보험사고 발생시 사망보험금 청구권을 가진 자입니다.
- 보험회사는 보험금 지급의무를 지는 회사를 말합니다.

2. 장기손해보험의 유형

장기손해보험은 통상적으로 보험사고가 발생하여 손해를 입었을 경우에 보험금을 지급받고, 만기시에는 만기환급금을 지급받을 수 있도록 위험보장기능과 저축기능을 겸비한 보험상품입니다.(단, 순수보장성 보험상품은 제외됩니다)

이러한 기능을 갖는 장기손해보험은 보험소비자들의 다양한 요구에 따라 여러가지 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

아래에 열거한 장기손해보험의 종류는 손해보험 소비자의 이해를 돕기 위해 편의상 분류한 것으로 구체적인 상품의 종

류 및 내용은 우리 회사 고객센터나 인터넷 홈페이지의 상품공시실을 통하여 쉽게 확인하실 수 있습니다.

<장기손해보험의 종류>

- **재물보험**
화재 등으로 인해 보험의 목적인 재물에 생긴 손해를 보장하는 보험
- **상해보험**
일상생활중 발생할 수 있는 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인해 신체에 상해를 입었을 경우, 그 손해를 보상해 주는 보험으로 사망·후유장해보험금, 의료비 등을 지급하는 보험
- **운전자보험**
운전 중 발생할 수 있는 각종 신체상해 위험과 법률관련 비용 및 기타 비용손해를 종합보장하는 보험
- **저축성보험**
저축시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험으로 위험보장과 저축기능을 겸비한 보험
- **질병보험**
각종 질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 손해를 다양하게 보장하는 보험
- **간병보험**
활동불능 또는 인식불명 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 손해를 보장하는 보험
- **연금저축손해보험**
일정나이 이후에 생존하는 경우, 생활연금의 지급을 주된 목적으로 하는 보험

3. 장기손해보험의 선택방법

우리회사는 보험소비자들의 다양한 요구를 충족시키고자 여러가지 유형의 장기 손해보험상품을 개발하여 판매하고 있습니다. 이러한 여러 유형의 상품 중에서 다음과 같은 사항을 고려하여 상품을 선택하시기 바랍니다.

가. 귀하께서 보험상품을 가입하시고자 하는 목적이 무엇인지를 생각하십시오.

귀하께서 보험에 가입하시고자 하는 목적이 재산에 발생할 위험보장인지, 상해 및 질병사고 등의 위험에 대한 보장인지 또는 재산증식이나 노후의 생활자금을 보장받을 목적인지를 명확히 검토해 보셔야 합니다.

나. 각종 위험에 대한 보험가입금액이 적절한지를 생각하십시오.

각종 사고가 발생하여 귀하의 재산에 손해가 발생할 때 또는 경제적 능력이 상실되었을 때 재산피해에 대한 복구비, 가족의 생계비, 의료비 등 필요한 경비수준을 고려하여 보험가입금액을 선택하셔야 합니다.

그러나 보험상품은 보험가입금액이 커지면 보험회사에 납입해야 하는 보험료도 커지기 때문에 현재 또는 가까운 장래의 경제사정 등을 함께 고려하셔서 적절한 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.

다. 가입을 원하시는 상품의 보험료와 보험금 등을 비교하셔야 하는데, 보험료는 다음과 같은 요인에 따라 변동될 수 있습니다.

- 가입하실 상품의 보상하는 손해의 범위(일반상해, 교통상해 등), 보험금의 지급기준 및 방법(○배 보상, ○회분할지급, ○배 체증지급) 등에 따라 보험료가 달라집니다.
- 보험기간 중 또는 보험기간이 끝난 후 회사가 지급을 약정한 환급금(중도·만기환급금) 규모에 따라 보험료가 달라집니다.
- 회사가 보험료를 받고 미래에 발생할 사고에 대한 보험금 또는 중도환급금, 만기환급금을 지급할 때까지 적용하기로 한 예정이율에 따라 보험료가 달라집니다. 예정이율이 낮으면 낮을수록 보험료가 올라갑니다.

위에서 설명한 내용은 우리회사의 상품공시 자료중 『상품요약서』상의 보험료분석표 예시나 『가입설계서』상의 보험료, 보장내용, 해지환급금 등을 참조하시거나, 보다 자세한 사항은 우리회사에 문의하시거나 직접 방문하시어 보험료산출 기초서류를 열람하실 수도 있습니다.

4. 장기손해보험 가입시 유의사항

보험계약을 청약할 때에는 약관상의 보험계약자의 권리나 의무사항을 반드시 확인하시고 다음 사항에 유의하시기 바랍니다.

가. 보험계약자의 자필서명

- 청약서는 보험계약자 본인이 작성하고, 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하셔야 합니다. 보험계약을 체결할 때 청약서 작성내용(고지내용)에 대해 보험설계사들에게 구두로 알린 경우에는 보험금을 지급받지 못하는 등 불이익을 받으실 수도 있으므로 청약서는 보험계약자 본인이 직접 작성하시고, 서명란에도 보험계약자 본인 및 피보험자(보험대상자를 말합니다. 이하 같습니다)가 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하셔야 합니다.

다만, 전화를 이용하여 가입하실 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버 물에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

- 보험에 가입하실 때 청약서상의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하셔야 하며, 보험계약기간 중 직업 또는 직무가 변경되거나 위험이 뚜렷하게 증가했을 때는 우리회사에 알려 주셔야 합니다.

- 보험에 가입하실 때 (계약전 알릴의무 : 고지의무)

피보험자의 직업, 직무, 과거병력 등 청약서상 질문사항은 보험료 산정이나 보험계약의 인수에 중요한 자료가 됩니다. 따라서 보험계약 청약시 보험계약자 및 피보험자는 청약서상의 질문사항(고지사항)에 대하여 사실대로 알려주셔야 합니다. 만일, 허위 또는 부실하게 알렸을 경우, 보험사고 발생시 보상이 되지 않음은 물론 계약전 알릴의무 위반사항이 「중요한 사항」인 경우에는 계약이 해지될 수 있습니다.

- 중요한 사항 : 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항

- 보험에 가입하신 후 (계약후 알릴의무 : 통지의무)

보험계약을 체결한 후 아래와 같은 사실이 생길 경우에는 지체없이 서면으로 우리회사에 알려주시고, 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받으셔야 합니다.

- 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경할 때
- 건물 내에서 영위하는 직업 또는 작업의 내용이 바뀔 때
- 상기 이외에 위험이 뚜렷이 증가한 때 등
- 보험계약자의 주소변경시 우리회사에 지체없이 통보하셔야 합니다.

보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경될 경우, 그 변경내용을 지체없이 회사에 알려야 합니다. 만일 알리지 않으신 경우, 보험계약자가 회사에 알린 최종의 주소 및 연락처로 등기우편 방법에 의해 보험계약자에게 회사가 알린 사항에 대해서는 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 보험계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

나. 보험료 미납시 계약해지

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 보험계약자에게 안내하여 드리며, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 해당 보험료를 납입하지 않으시면 보험계약은 해지됩니다.

다. 계약의 무효

다음의 한 가지 사유에 해당하는 경우, 회사는 보험계약을 무효로 할 수 있습니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 위의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되

는 것은 아닙니다.

- 계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우

라. 중대 사유로 인한 해지

다음의 한 가지 사유에 해당하는 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 보험계약을 해지할 수 있습니다.

- 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

마. 사기 등에 의한 계약 체결

보험금을 부당하게 수취할 목적으로 자신 및 타인의 신체나 생명을 해치는 행위는 보험범죄로서 사법당국의 철저한 조사에 의해 반드시 적발되어 처벌을 받게 되며, 이 경우 보험금을 지급받을 수 없습니다.

바. 중도해지시 고려하셔야 할 사항

보험계약자가 납입하는 보험료는 그 일부가 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자의 보험금으로 지급되고, 또 다른 일부는 회사의 보험계약체결 및 유지·관리에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도에 보험계약을 해지하면 해지환급금이 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

보험계약 해지 후 새로운 보험계약을 체결하게 되는 경우 나이나 건강상태 등에 따라 보험료가 높아지거나, 보험가입이 곤란할 수도 있습니다.

5. 장기손해보험 가입자 보호제도

가. 품질보증제도

회사는 보험계약자가 보험가입시 보험약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달받지 못했을 경우, 청약서에 자필 서명을 하지 않았을 경우, 약관의 주요내용을 설명받지 못했을 경우에는 이를 이유로 청약일로부터 3개월 이내에 보험계약의 취소를 요구할 수 있는 「품질보증제도」를 운영하고 있습니다. 이 경우(그 정당성이 인정될 경우) 회사는 이미 납입한 보험료와 보험료를 받은 기간에 대해 해당 보험약관에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 되돌려 드립니다.

다만, 전자거래기본법에 의해 컴퓨터를 이용하여 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 전자우편 등의 방식을 통해 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드릴 수 있으며, 전화를 이용하여 계약을 체결한 때에는 대화내용을 문서화한 확인서를 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.

나. 청약철회 청구제도

보험계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내(우편송부시 우체국 소인기준), 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 해당 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.

다만, 보험계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

다. 보험계약대출제도

보험계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다(단, 순수보장성보험은 제외합니다). 이 경우 보험계약자는 회사가 정한 이율(보험계약대출이율)에 따라 대출이자를 부담하셔야 합니다.

라. 보험료 자동대출납입제도

보험계약자가 보험계약 유지 중 일시적으로 경제적 여건이 악화되어 보험계약이 해지될 상황에 처한 경우, 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 우리회사에 보험계약자가 보험료의 자동대출을 신청하시면 보험계약대출금액 범위내에서 보험료가 자동적으로 대출되어 보험계약을 유효하게 지속시킬 수 있습니다.

마. 보험가입시 세제혜택

- 보험료에 대한 소득공제
 - 보장성보험에 가입한 경우 : 근로소득자가 본인, 배우자, 부양가족을 피보험자(보험대상자)로 하는 보장성보험에 가입한 경우 연간 납입한 보험료 중 100만원을 한도로 종합소득금액에서 공제받으실 수 있습니다.
 - 보장성보험 : 기준나이에서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 않는 보험
 - (신)개인연금보험에 가입한 경우(2000년 12월 31일 이전 가입자) 납입보험료의 40%(72만원 한도)까지 소득공제를 받으실 수 있습니다.
 - 연금저축손해보험에 가입한 경우(2001년 1월 1일 이후 가입자) 기본계약 납입보험료 전액(400만원 한도)에 대해 소득공제혜택을 받으실 수 있습니다.
- 금융재산 상속공제

상속재산에 합산되는 사망보험금 등 금융재산에 대해서는 2억원을 한도로 금융재산의 20%를 공제받을 수 있으며, 금융재산이 2천만원 이하인 경우에는 전액 공제됩니다.

- 보험차익에 대한 이자소득세 비과세
 - **【2005년 1월 1일 이후 저축성보험 가입자】**
보험계약자가 저축성보험에 가입하여 최초보험료 납입일부터 만기일, 중도해지일까지의 기간이 10년 이상 유지된 보험계약에서 발생한 보험차익에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.
 - **【2004년1월1일~2004년12월31일 저축성보험 가입자】**
보험계약자가 저축성보험에 가입하여 최초보험료 납입일부터 만기일, 중도해지일 또는 최초 원금인출일까지의 기간이 10년 이상 유지된 보험계약에서 발생한 보험차익에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.
 - **【2001년 1월 1일~2003년 12월 31일 저축성보험 가입자】**
보험계약자가 저축성보험에 가입하여 7년 이상 유지된 보험계약에 한해 제한금금에서 이미 납입한 보험료를 차감한 보험차익에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.
 - **【2000년 12월 31일 이전 저축성보험 가입자】**
보험계약자가 저축성보험에 가입하여 5년 이상 유지된 보험계약에 한해 제한금금에서 이미 납입한 보험료를 차감한 보험차익에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.
 - **【2000년 12월 31일 이전 (신)개인연금보험 가입자】**
보험계약자가 (신)개인연금보험에 가입하여 5년 이상 연금액을 수령한 경우에는 총연금액에서 이미 납입한 보험료를 차감한 이자소득에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.

바. 보험계약자 배당제도

1년 이상 유지된 유효한 배당보험계약에 대하여 회사는 보험계약자가 납입한 보험료로 합리적인 경영을 하여 발생한 이익금을 금융감독원장이 인가하는 방식에 따라 보험계약자에게 환원하여 드리는 보험계약자 배당제도를 시행하고 있습니다 (단, 유배당 상품만 해당됩니다).

사. 보험료 납입최고(독촉) 및 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험

기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 다음의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 계약상의 보장을 합니다.

- 납입최고(독촉)기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 그 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
- 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우에는, 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금이 차감된다는 내용

회사가 위의 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 보험계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하며, 보험계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 위의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 위의 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

보험료 미납으로 인해 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우, 보험계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙하면 보험계약자는 연체보험료에 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하고 보험계약을 부활(효력회복)시킬 수 있습니다.

아. 보험금 청구시 구비서류

회사가 보험금을 지급해야 하는 보험사고임이 약관에 명시되어 보험금을 청구할 경우에는 보험금 청구서, 사고증명서, 진단서, 사망진단서 또는 화재증명원 등 보험종류에 따라 관련 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

자. 손해보험계약의 제3자 보호제도

손해보험회사의 청산 또는 파산시 예금자보호법상 보장한도를 초과하는 손해보험 피해자의 피해액에 대하여 손해보험회사들이 사후적으로 기금을 출연·지급을 보장하는 제도입니다.

적용대상이 되는 보험계약은 보험업법 시행령 제80조에서 규정하고 있는 손해보험계약이며, 지급보장 대상은 피해자가 입은 신체손해(재물손해는 제외)로 하고 보장한도는 개별법령의 보장한도에서 예금자보호법상의 보장금액을 제외한 전액을 보장합니다.

6. 장기손해보험상담 및 분쟁조정 안내 등

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때는 먼저 우리회사 고객센터로 연락하여 주시기 바라며, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

- 우리회사 전화번호 안내 : 1588-0100(고객상담센터)
- 금융감독원 금융소비자보호센터
(www.fss.or.kr/국번없이 1332)
우) 150-743 서울시 영등포구 여의도동 27번지
- 손해보험협회 보험상담소
우) 110-733 서울시 종로구 수송동 80
전화번호 : (02)3702-8629~30 Fax : (02)3702-8695

본부	전화번호	팩스번호
수도권지역	(031) 238-4242	(031) 238-4242
영남지역	(051) 469-6216 469-6218	(051) 466-3757
호남지역	(062) 226-0301 (062) 227-8920	(062) 234-5369
충청지역	(042) 254-6921~2	(042) 254-6923

- 한국소비자원 소비자상담팀
우) 137-700 서울시 서초구 양재대로 108
전화번호 : (02) 3460-3000 Fax : (02) 529-0408

7. 신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

가. 금융서비스 이용범위

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

나. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

- 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구
 - 고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.
- 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구
 - 고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.
- 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구
 - 고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단 시킬 수 없습니다.)
 - 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

- 본인정보의 열람 및 정정 요구
 - 고객은 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제38조에 따라 전국은행연합회, 신용조사회회사, 금융회사 등이 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.
- 본인정보의 무료 열람 요구
 - 고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 신용조사회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조사회회사에 문의하시기 바랍니다.
 - 연락처
 - NICE신용평가정보(주) : ☎ 02-3771-1000
인터넷 www.nicecredit.com
 - 서울신용평가정보(주) : ☎ 1577-1006
인터넷 www.sci.co.kr
 - 코리아크레딧뷰로(주) : ☎ 02-708-6000
인터넷 www.koreacb.com

다. 고객불편사항 연락처

- 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청
 - 고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로써 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.
 - 본인정보 활용의 제한·중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.
 - 전화번호 : 080-323-0100
 - 홈페이지 : www.idongbu.com
 - 우 편 : 서울시 강남구 대치동 891-10 동부금융센터
동부화재(주) 소비자보호파트

※ 단, 신규거래 고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

- 위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 개인신용정보 고충처리담당자 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

	당사 개인신용정보 고충처리담당자	손해보험협회 정보보호담당자	금융감독원 정보보호담당자
연락처	(02) 3011-4995	(02) 3702-8679	(02) 3145-7111
주소	서울 강남구 대치동 891-10 동부금융센터 소비자보호파트	서울 종로구 수송동 80 코리안리B/D 6층 기획조사부	서울 영등포구 여의도동27 금강원 신용정보업팀

가입자 유의사항

1. 보험계약관련 특히 유의할 사항

가. 보험계약 전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로써 알린 경우에는 보험금을 지급받지 못하는 등 불이익을 받을 수 있으므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하셔야 합니다.

나. 건강보험

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

다. 저축성보험

- 최초 보험료를 납입한 날로 부터 10년 이상 유지하는 경우에 한하여, 보험차익(만기보험금 또는 해지환급금에서 이미 납입한 보험료를 차감한 금액)에 대한 이자소득세 비과세가 가능합니다.
- 적용이율이 변동하는 보험(금리연동형보험)상품은 적립보험료에 적용되는 이율(저축성공시이율)이 바뀌는 경우 지급받는 환급금의 액수가 달라질 수 있습니다.
- 만기환급금은 적립금에 적용되는 변동이율(저축성공시이율),

보험료에 포함된 사업비 규모, 중도인출, 보험료 대체납입, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 변동됩니다.

라. 연금저축손해보험

- 연금개시 이후 지급받으시는 연금에 대해 연금소득세를 납부하셔야 합니다.
- 연금개시 이전에 계약을 해지하거나, 일시금으로 지급받는 경우 소득세가 부과되며, 이 경우 정상연금 수령시 연금소득세보다 높은 세율이 부과될 수 있습니다.
- 특히, 가입일로부터 5년이내에 계약을 해지하는 경우 매년 불입한 금액의 누계액(400만원 한도)에 대하여 해지가산세(2.2%)를 납부하셔야 합니다.

마. 재물 및 배상책임 관련 담보

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

바. 갱신형 담보

- 갱신형 특별약관의 보험기간은 3년만기로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 만기시까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 보통약관의 보험료 납입기간 중 : 보통약관의 적립부분 순보험료에서 갱신형 특별약관의 보험료를 대체 납입하며, 갱신형 특별약관의 보험료가 인상되어 보통약관의 적립부분 순보험료에서 충당할 수 없는 경우에는 보통약관의 적립부분 보험료를 추가로 납입해야 합니다.
- 보통약관의 보험료 납입완료 후 : 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 갱신형 특별약관의 보험료를 대체 납입하거나 갱신형 특별약관의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 이 경우 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체

납입이 불가능할 때에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입하여야 갱신계약을 유지할 수 있으며, 만약 추가납입이 없을 경우 해당 갱신계약은 해지됩니다.

2. 해지환급금관련 특히 유의할 사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도에 해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(상품의 종류에 따라 보장성공시이율 또는 저축성공시이율)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

3. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

가. 암 관련 담보

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.(단, 15세미만자 제외)
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

나. 입원 관련 담보

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

다. 수술 관련 담보

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

라. 특정질병 관련 담보

- 암, C보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

마. 간병 관련 담보

- ‘활동불능상태’란 보조기구를 사용하여도 이동, 식사, 목욕, 옷입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태가 90일 이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- ‘치매’는 약관에서 정한 일정정도 이상의 중증치매인 경우에 한하여 보험금이 지급됩니다.

바. 태아보험

- 피보험자(보험대상자)가 출생전 자녀(태아)일때 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자(보험대상자) 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

사. 실손의료비 관련 담보

- 이 특별약관은 발생 의료비 중 국민건강보험 급여의 본인 부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.

< 실손의료비 범위 >

총 진료비 중에서 국민건강보험에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액

국민건강보험 급여항목	비급여항목
국민건강보험 부담	환자본인부담
환자본인부담	

- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험 가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급하여 드립니다.

< 비례분담액 계산 예시 >

각 계약별 비례분담액 =

$$\text{각 계약의 보상대상의료비} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

[기준 : 총의료비1,000만원]

구분	가입금액	보상제외 금액	보상대상 의료비	보상 책임액	비례 분담액
A사	3,000만원	100만원	900만원	900만원	579만원
B사	500만원	100만원	900만원	500만원	321만원

※ A사 지급금액 : 900만원 × [900 / (900+500)] = 579만원

※ B사 지급금액 : 900만원 × [500 / (900+500)] = 321만원

아. 재물 관련 담보 등에서 일부보험의 경우 비례보상에 관한 사항

- 화재손해 및 붕괴 등의 손해와 임차자배상책임 특별약관은 보험가입금액이 보험가액보다 적을 경우에는 아래와 같이 비례보상합니다. 단, 실손보상을 하는 특별약관의 경우에는 보험가액과 보험가입금액의 비율에 관계없이 보험가입금액을 한도로 실제 손해액 전액을 보상하여 드립니다.

건물, 가재도구의 보험가입금액이 보험가액의 80%해당액보다 적을 경우 보상액	임차자배상책임 특별약관의 보험가입금액이 보험가액보다 적을 경우 보상액
$\text{손해액} \times \frac{\text{보험가입금액}}{\text{보험가액의 80\% 해당액}}$	$\text{손해액} \times \frac{\text{보험가입금액}}{\text{보험가액}}$

자. 배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한

보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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

주요내용 요약서

가. 자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

나. 청약철회

보험계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

다. 계약취소

계약체결시 보험약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 해당 보험약관에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 되돌려 드립니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

라. 계약의 무효(신체 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 합니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 위 만 15세 미만자에 관한 예외

가 인정되는 것은 아닙니다.

마. 계약의 무효(재물 관련)

계약을 맺을 때 보험목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 합니다.

바. 계약의 소멸(신체 관련)

이 계약은 피보험자(보험대상자)의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

사. 계약의 소멸(재물 관련)

- **보험가액대비 실손보상** : 사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)의 80%를 넘을 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.
- **보험가입금액한도내 실손보상** : 사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)을 넘을 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

아. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 보험계약자에게 안내하여 드리며, 그때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

자. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

차. 중도인출

중도인출이 가능한 상품의 경우, 보험계약자의 요청이 있는 때에는 중도인출금을 지급하여 드립니다. 중도인출금을 청구할 수 있는 시기, 횟수 및 금액은 상품마다 다를 수 있으니 해당 상품의 약관을 참조하시기 바랍니다.

카. 계약전·후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자(보험대상자)는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).
 - 2) 계약 후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 - 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
 - 보험목적물을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우
 - 3) 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
- ※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.

타. 보험금의 지급

1) 신체손해에 대한 보험금

회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드리며, 이 경우 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

2) 재산손해에 대한 보험금

회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나, 지급할 보험금 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

3) 배상책임에 대한 보험금

회사는 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나, 지급할 보험금 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

파. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

가. 보험약관

: 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

나. 보험증권(보험가입증서)

: 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험 계약자에게 교부하는 증서

다. 보험계약자

: 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

라. 피보험자(보험대상자)

: 보험사고 발생의 대상이 되는 사람

마. 보험수익자(보험금을 받는 자)

: 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

바. 보험료

: 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 보험회사에 납입하는 금액

- 1) 보장보험료 : 약관에서 정한 「보험금의 종류 및 지급사유」의 보험금을 지급하는데 필요한 보험료
- 2) 적립보험료 : 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
- 3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

사. 보험금

: 피보험자(보험대상자)의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급 사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

아. 보험기간

: 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

자. 보장개시일

: 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

차. 보험계약일

: 보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

카. 보험가입금액

: 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

타. 책임준비금

: 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

파. 해지환급금

: 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험금 청구시 준비하셔야 할 서류

1. 상해/운행관련 사고

가. 공통사항

* 표시는 필수서류, +표시는 필요시 제출서류

필요서류	비고
- 보험금청구서(당사양식)* - 운전면허증 또는 주민등록증 사본*	- 홈페이지
- 사고증명서류* ① 교통사고 : 교통사고사실확인원 또는 사고접수지 ② 일반상해 : 사고경위서(6하원칙에 의거 본인작성) ③ 산재사고 : 요양급여 신청서, 요양급여 확인서 - 피보험자의 인감증명서와 병력 및 사고확인 위임장+ (사고내용 확인 및 관련기관 확인시 필요)	- 경찰서 보험회사 - 근로복지공단 - 홈페이지

※ 사고접수지, 보험금 지급결의서 : 동부화재 자동차보험 처리시
서류제출 생략가능

나. 일반(교통)상해사고

* 표시는 필수서류, +표시는 필요시 제출서류

구분	필요서류	비고
사망보험금, 유족생활자금	- 사망진단서 또는 사체검안서* - 피보험자가 미성년이어서 부모가 대리청구할 경우 : 가족관계증명서 5종* ☞ 5종 : 가족관계증명서, 기본증명서(피보 험자기준), 혼인관계증명서, 입양관계증명서, 친양자관계증명서 - 위임장 및 인감증명서+	- 진료병원 - 가족관계 증명서는 사 례 별 로 다르므로 사 전 문 의 바랍니다.
후유장해보험금 소득보상자금 장해연금	- 후유장해진단서(AMA방식에 의한 장해부 분의 운동범위 기재)* - X-Ray, CT, MRI 필름 및 판독서+	- 대학종합 병원 (진 료 병원 가능)
실손의료비 (입원)	- 진단서* : 20만원 미만시 병명있는 입·퇴원확인서로 대체가능 - 진료비 세부내역서* - 진료비계산서(영수증)* ① 자동차보험 처리시 : 치료비지급결의서로 가능 ② 산재처리시 : 요양급여확인원으로 가능 - 처방전과 일자별 약제비 계산서(영수증) : 카드 결제영수증은 증빙서류에서 제외	- 진료병원 - 보험회사 - 근로복지 공단
실손의료비 (통원)	- 병명확인 가능서류* : 진단서, 병명있는 통원확인서, 병명있는	- 진료병원

구분	필요서류	비고
	확인서·소견서, 병명 기재된 차트 중 택 1 - 계산서 영수증* ① 일자별 진료비계산서 또는 납입확인서와 세부내역서 ② 자동차보험 처리시 : 치료비지급결의서로 가능 ③ 산재처리시 : 요양급여확인원으로 가능 - 처방전과 일자별 약제비 계산서(영수증) : 카드 결제영수증은 증빙서류에서 제외	- 보험회사 - 근로복지공단
입원일당 임시생활비, 간병비, 입원비	- 입·퇴원확인서 (기타 첨부서류로 입원일수 확인가능시 불필요)*	- 진료병원

다. 운행관련사고

* 표시는 필수서류, +표시는 필요시 제출서류

구분	필요서류	비고
벌금(실손)	- 벌금영수증* - 법원 판결문 또는 약식명령문+	- 법원
자동차사고 변호사선임 비용 (실손)	- 소장* (공소사실확인원으로 대체가능) - 선임한 변호사가 발행한 세금계산서* - 사건처분증명원(기소중인 경우)+ - 재소·출소 증명서+	- 법원 - 법원 - 구치소, 교도소, 법원
면허정지/ 취소 (영업용)	- 면허정지행정처분확인서* - 면허취소확인원* - 운전경력증명서 (정지사유가 위 서류에 기재되지않을 경우 필요)+	- 경찰서 - 면허시험장
교통사고처 리지원금 (실손)	- 형사합의서 또는 공탁서 사본* - 피해자 진단서* - 교통사고사실 확인원* - 공소장(검찰에 의해 기소시)+	- 진료병원 - 경찰서 - 검찰청
자동차부상 치료비	- 치료비 지급결의서* - 진단서*	- 보험회사
자동차사고 성형수술비	- 소견서 또는 진단서* : 성형수술 부위와 크기, 수술내용을 확인할 수 있어야 함	- 진료병원

라. 기타사고

* 표시는 필수서류, +표시는 필요시 제출서류

구분	필요서류	비고
응급비용	- 119 또는 129 구급확인서*	
강력범죄피해 보험금	- 사고사실확인원* - 상해진단서*	- 경찰서 - 진료병원
실종비용 (구조비용)	- 실종신고서* - 일간지 사본 등 기타 입증서류*	- 경찰서 /진료병원
일상생활배상 책임 (자녀만의배상 책임) (실손)	- 사고경위서* - 합의서* - 견적서 또는 치료확인서류* - 사진 등 사고증명서류*	
출입원/알바트로스비용(깎때 기출제외) (정규출,실손)	- 출입원/알바트로스 증명서 (동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 함) - 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 등 비용 지출 명세서 - 신분증	

2. 질병관련 사고

* 표시는 필수서류, +표시는 필요시 제출서류

구분	필요서류	비고
공통사항	- 보험금청구서* - 진단서 (암 확정일 또는 진단일, 질병분류기호 기재)* - 건강보험증 사본* - 건강보험 급여내역+ - 질병위임장(당사양식) 및 인감증명서 (사망보험금은 유족의 것)*	- 홈페이지 - 진료병원 - 국민건강 보험공단 - 홈페이지, 읍·면·동 사무소
질병사망 (암사망), 암유족자금	- 사망진단서* - 가족관계증명서 5종* ☞ 5종 : 가족관계증명서, 기본증명서(피보 험자기준), 혼인관계증명서, 입양관계증명서, 친양자관계증명서 - 위임장 및 인감증명서+	- 진료병원 - 가족관계 증명서는 사례별로 다르므로 사전문의 바랍니다.
암치료비 (암진단급여금)	- 조직검사지* - 진료차트+	- 진료병원
암수술급여금	- 수술진료비영수증* - 수술기록지*	- 진료병원
실손의료비 (입원)	- 진단서* : 20만원 미만시 병명있는 입·퇴원확인서 로 대체가능 - 진료비 세부내역서* - 진료비계산서(영수증)* ① 자동차보험 처리시 : 치료비지급결의서로 가능 ② 산재처리시 : 요양급여확인원으로 가능 - 처방전과 일자별 약제비 계산서(영수증) : 카드 결재영수증은 증빙서류에서 제외	- 진료병원 - 보험회사 - 근로복지 공단
실손의료비 (통원)	- 병명확인 가능서류* : 진단서, 병명있는 통원확인서, 병명있는 확인 서·소견서, 병명 기재된 차트 중 택 1 - 계산서 영수증* ① 일자별 진료비계산서 또는 납입확인서와 세부내역서 ② 자동차보험 처리시 : 치료비지급결의서로 가능 ③ 산재처리시 : 요양급여확인원으로 가능 - 처방전과 일자별 약제비 계산서(영수증) : 카드 결재영수증은 증빙서류에서 제외	- 진료병원 - 보험회사 - 근로복지공단
입원일당 임시생활비 간병비 암소득보상금	- 입·퇴원확인서* (기타 첨부서류로 입원일수 확인가능시 불필요)	- 진료병원
정신피해 치료비	- 신경정신과 진단서(집단따돌림으로 인한)*	- 진료병원

3. 재물/책임관련 사고

가. 재물보험

구분	필요서류
공통서류	- 화재증명원(화재사고인 경우) - 사업자등록증 사본 - 도난신고접수확인원(도난사고인 경우) - 사고증명서(기타 사고)
건물	- 건물등기부등본(등기소) - 건축물관리대장 - 수리비 견적서, 영수증 - 임대차계약서 사본
기계비품	- 기계기구 명세서 - 구입영수증 - 신품가격 견적서 - 수리비 견적서, 영수증 - 감정평가서 - 리스계약서(리스물건)
동산	- 재고 및 손해명세서 - 재고장부 - 원가계산서 - 거래명세서 - 임가공계약서, 작업지시서 - 수불대장
가재도구	- 가재도구명세서(구입연월일 명기) - 신품가격 견적서(구입처) - 수리비 견적서, 영수증

나. 책임보험

구분	필요서류
피보험자 (고객)가 준비하는 서류	- 피보험자의 사업자등록증 사본 - 사고경위서(6하 원칙에 의거하여 작성) - 사고현장의 사진 - 사고보증서(교통사고사실확인원 등) - 합의서, 인감증명서 - 보험금 청구서(송금요청서)
손해액을 평가하는 서류	- 손해품목 명세서 - 견적서, 영수증(세금계산서) - 피해품 사진 - 차량등록증 사본 - 치료비 영수증 - 의사의 진단서(소견서) - 후유장애진단서(후유장해가 있는 경우) - 근로계약서, 재직증명서 - 임금대장, 소득세 납세증명 - 사망진단서 또는 사체검안서(사망한 경우)
피해자의 신분을 확인하는 서류	- 피해자의 신분증(사업자등록증) 사본 - 건물등기부등본(피해목적물이 건물인 경우) - 차량등록증 사본(피해목적물이 차량인 경우) - 건설기계등록증 사본(피해목적물이 중기인 경우)

4. 당부의 말씀

- ◎ 경우에 따라 위 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있습니다.
반드시 담당자와 필요서류에 대하여 상의하시기 바랍니다.
- ◎ 기타 추가서류가 발생할 수 있으니 자세한 사항은 계약·보상
상담 ☎ 1588-0100으로 문의바랍니다.

44p

제 1 절 보 통 약 관

46p

제1관 보험계약의 성립과 유지

1. (보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다).
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 「건강진단을 받는 계약」(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 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 「이 계약의 예정이율」(계약체결 시점의 예정이율을 말하며, 이하 “예정이율”이라 합니다) + 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.

<예정이율>

보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

2. (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 「전화우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약」(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 「이 계약의 보험계약대출이율」(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)

을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

<보험계약대출이율>

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

3. (약관전달 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 위 ①에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약 체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 ①의 제3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.
- ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
 - ② 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

- ④ 위 ②에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

4. (계약의 무효)

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

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- ③ 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 위 ②의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. (계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 - ① 보험종목
 - ② 보험기간
 - ③ 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 - ④ 계약자, 피보험자(보험대상자)
 - ⑤ 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
- 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 위 ①.⑤의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로

인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 19.(해지환급금) ①에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 계약자가 위 ②의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

6. (계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 19.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 4.(계약의 무효)에 의거하여 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 19.(해지환급금) ①에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

7. (계약의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 계약은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 계약이 소멸되는 경우에는 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 4.(계약의 무효) ②의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 위 ①의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실

과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일
= 21세

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

9. (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 위 ①의 보험료는 「15.(보험금의 종류 및 지급사유)의 손해를 보장하는데 필요한 보험료」(이하 “보장보험료”라 합니다)와 「회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료」(이하 “적립보험료”라 합니다)로 구성됩니다(이하 보장보험료와 적립보험료를 합하여 “보험료”라 합니다).
- ③ 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 - ① 23.(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - ② 25.(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 - ③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

10. (제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 「제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날」(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를

납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신 합니다.

11. (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 37.(보험계약대출) ①에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 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 위 ①의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음 날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산합니다)를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 위 ① 및 ②에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 ①에 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 19.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 지급합니다.

12. (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음날의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 위 ①에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고

자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 위 ①의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 위 ①에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ③ 위 ①에 따라 계약이 해지된 경우에는 19.(해지환급금) ①에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

13. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 예정이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 위 ①에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 1.(보험계약의 성립), 9.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 23.(계약 전 알릴의무), 25.(알릴 의무 위반의 효과) 및 27.(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.
- ③ 위 ①에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 23.(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 25.(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

14. (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 5.(계약내용의 변경 등) ①의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 위 ①에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 위 ①의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 위 ①의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 위 ①의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

- ⑤ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(위 ③에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 위 ①의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

15. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 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. 이하 같습니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)로 장해분류표(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3 ~ 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보통약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 상해후유장해(3~100%)보험금으로 지급합니다.

16. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 15. (보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 하여 15.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 15.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지

이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑥에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
 - ① 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

17. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - ② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
 - ③ 계약자의 고의
 - ④ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다),

사후기, 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 15.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
 - ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
 - ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
 - ③ 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

18. (만기환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 「적립부분 순보험료」(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 공시이율로 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 그러나 특별약관의 보험료가 적립부분 순보험료 및 적립부분 책임준비금에서 대체되는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

<공시이율>

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

<최저보증이율>

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율은 2%일 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(2%)로 부리됩니다.

- ② 위 ①의 공시이율이 보험기간 중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 20.(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 1.5%로 합니다

19. (해지환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이때, 적립

부분 순보험료에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용합니다. 그러나 특별약관의 보험료가 적립부분 순보험료 및 적립부분 책임준비금에서 대체되는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

보험료납입 경과기간	이율
1년미만	최저보증이율
1년이상 ~ 2년미만	이 계약의 공시이율의 80%
2년이상	이 계약의 공시이율

<공시이율>

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정 기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

<최저보증이율>

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율은 2%일 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(2%)로 부리됩니다.

<보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시>

1. 보장개시일로부터 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “최저보증이율” 적용
2. 보장개시일로부터 1년6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “공시이율의 80%” 적용
3. 보장개시일로부터 2년 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “공시이율” 적용

- ② 위 ①의 공시이율이 보험기간 중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 20.(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 1.5%로 합니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

20. (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약에서 적립부분 순보험료에 대한 부리이율은 매월 말일(영업일 기준) 이전에 회사가 정한 공시이율로 하며, 그 익월에 한하여 적용합니다. 여기서 공시이율은 「보장성공시이율1106」(이하 ‘공시이율’이라 합니다)를 말합니다.
- ② 위 ①의 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 시장금리 등을 고려하여 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바(“【별표 9】 공시이율에 관한 사항” 참조)에 따라 결정합니다.
- ③ 회사는 위 ②에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

<공시이율>

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

21. (배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

22. (소멸시효)

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

<소멸시효>

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로, 보험금 지급사유가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제4관 계약시 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

23. (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단서를 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 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

<계약 전 알릴 의무>

상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자(보험대상자)는 청약시에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

24. (계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 위 ①에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내

에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

- ③ 위 ①의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 「직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율」(이하 “변경 전 요율”이라 합니다)의 「직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율」(이하 “변경 후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경 후 요율이 변경 전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 위 ③에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

25. (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 23.(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 - ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 24.(계약 후 알릴 의무) ①에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 위 ①.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 계약당시에 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 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때
 - ③ 계약체결일로부터 3년이 지났을 때
 - ④ 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
 - ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우

에는 그러하지 아니합니다.

- ③ 위 ①에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 19.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ①.①에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다.
- ⑤ 위 ①.②에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 24.(계약 후 알릴 의무) ③ 또는 ④에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 위 ①에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 위 ④ 및 ⑤에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

26. (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 경우
 - ② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 위 ①에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 19.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 지급합니다.

27. (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(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.

제5관 보험금 지급 등의 절차

28. (주소변경통지)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 위 ①에서 정한 대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

29. (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 18.(만기환급금의 지급)의 경우를 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 그 밖의 보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

30. (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 위 ①의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

31. (보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 15.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

32. (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

- ③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 위 ①.②의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

33. (보험금의 지급)

- ① 회사는 32.(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

<영업일>

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 위 ①의 지급 기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급 예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 32.(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - ① 소송제기
 - ② 분쟁조정 신청
 - ③ 수사기관의 조사
 - ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - ⑤ 아래 ⑤에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 - ⑥ 16.(보험금 지급에 관한 세부규정) ⑧에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 위 ②에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
- ④ 회사는 위 ①의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(위 ②에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

- ⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 25.(알릴 의무 위반의 효과) 및 위 ②의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

34. (환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 공시이율 + 1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ② 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 회사가 위 ②에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 공시이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

35. (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 위 ①에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

36. (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 제33조(개인신용정보의 이용), 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 개인정보보호법 제15조(개

인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감정보의 처리 제한) 및 제24조(고유식별 정보의 처리제한)의 규정을 따릅니다.

- ① 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
- ② 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
- ③ 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
- ④ 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

37. (보험계약대출)

- ① 계약자는 「이 계약의 해지환급금 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 위 ①의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 회사는 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

38. (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

39. (관할법원)

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

40. (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

41. (회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장 (계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

42. (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 위 ②에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

43. (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 위 ①의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 위 ①의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 위 ②의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 19.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

44. (예금보험기금에 의한 지급보장)

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

45. (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

66p

제 2절 특 별 약 관

68p

【 제 1장 상해관련 특별약관 】

1. 상해사망 특별약관

1-1. 상해사망(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

1-2. 상해사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

4. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계

약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

5. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 3.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

2. 상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고 발생일에 상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단,

이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

3. 상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 7년동안 매월 사고 발생일에 상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

4. 상해80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해80%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피

보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장해 상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.

- ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- 7] 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (특별약관의 소멸)

- 1] 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- 2] 위 1] 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- 3] 위 1] 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- 4] 위 3]의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

5. 상해80%이상후유장해연금(매년10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」 (이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」

(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매년 사고 발생일에 상해80%이상후유장해연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.

- ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
- ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해80%이상후유장해 연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

6. 상해50%이상후유장해연금(매년10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장애분류표」(【별표 1】 장애분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장애지급률이 50%이상에 해당하는 장

해상태가 되었을 때, 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매년 사고 발생일에 상해50%이상후유장해연금으로 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장애지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑥에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미

지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.

- ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
- ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

7. 대중교통이용중 교통상해사망 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 발생한 대중교통이용중교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 대중교통이용중 교통상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.
- ① 운행중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승중에 일어난 교통사고

- ② 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
- ③ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장 내 대기중 일어난 교통사고
- ② 위 ①에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
 - ① 여객수송용 항공기
 - ② 여객수송용 지하철/전철, 기차
 - ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 - ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 - ⑤ 여객수송용 선박

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 대중교통이용중 교통상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

8. 대중교통이용중 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 발생한 대중교통이용중교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고 발생일에 대중교통이용중 교통상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.
 - ① 운행중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승중에 일어난 교통사고
 - ② 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 - ③ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장 내 대기중 일어난 교통사고
- ② 위 ①에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
 - ① 여객수송용 항공기
 - ② 여객수송용 지하철/전철, 기차
 - ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 - ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 - ⑤ 여객수송용 선박

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하

는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 대중교통이용중 교통상해사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

9. 대중교통이용중 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 발생한 대중교통이용중교통상해(「보험기간 중에

발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 7년동안 매월 사고 발생일에 대중교통이용중 교통상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

- ① 운행중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승중에 일어난 교통사고
- ② 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
- ③ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장 내 대기중 일어난 교통사고
- ② 위 ①에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
 - ① 여객수송용 항공기
 - ② 여객수송용 지하철/전철, 기차
 - ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 - ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 - ⑤ 여객수송용 선박

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 대중교통이용중 교통상해사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

10. 대중교통이용중 교통상해80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 발생한 대중교통이용중교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 장해분류표(【별표 1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.
 - ① 운행중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승중에 일어난 교통사고
 - ② 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 - ③ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장 내 대기중 일어난 교통사고
- ② 위 ①에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
 - ① 여객수송용 항공기
 - ② 여객수송용 지하철/전철, 기차

- ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
- ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
- ⑤ 여객수송용 선박

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장애지급률이 대중교통이용중 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 대중교통이용중 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 대중교통이용중 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 대중교통이용중 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 대중교통이용중교통상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전

에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

- ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 대중교통이용중 교통상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

11. 대중교통이용중 교통상해80%이상후유장해연금(매년10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 발생한 대중교통이용중교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 장해분류표(【별표 1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매년 사고 발생일에 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 대중교통이용중 교통상해80%이상후유장해연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.
- ① 운행중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승중에 일어난 교통사고
 - ② 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 - ③ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장 내 대기중 일어난 교통사고
- ② 위 ①에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
- ① 여객수송용 항공기
 - ② 여객수송용 지하철/전철, 기차
 - ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 - ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 - ⑤ 여객수송용 선박

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장해지급률이 대중교통이용중 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 대중교통이용중 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이

후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 대중교통이용중 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 대중교통이용중 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해상태에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 대중교통이용중교통상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또

는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 대중교통이용중 교통상해80%이상후유장해연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

12. 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관

12-1. 운전자 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3 ~ 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자(보험금을

받는 자)에게 운전자 교통상해후유장해(3~100%)보험금으로 지급하여 드립니다.

- ① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
 - ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 - ③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장해지급률이 운전자 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 운전자 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 운전자 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보

험기간이 10년 미만인 계약은 운전자 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 운전자 교통상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 운전자 교통상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑥에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

12-2. 비운전자 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 비운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3 ~ 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자(보험금을

받는 자)에게 비운전자 교통상해후유장해(3~100%)보험금으로 지급하여 드립니다.

- ① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 - ② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장해지급률이 비운전자 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 비운전자 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 비운전자 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 비운전자 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해

정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

- ④ 같은 비운전자 교통상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 비운전자 교통상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑥에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또

는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ⑤ 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

13. 교통상해사망 특별약관

13-1. 운전자 교통상해사망 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 이후 발생한 운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 운전자 교통상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.
- ① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나

나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

- ③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 운전자 교통상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

13-2. 비운전자 교통상해사망 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 비운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 비운전자 교통상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.
 - ① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 - ② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및

「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
- ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ⑤ 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

4. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 비운전자 교통상해 사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)은 지급하지 않습니다.

14. 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관

14-1. 운전자 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 이후 발생한 운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고 발생일에 운전자 교통상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.
- ① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차

차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

- ④ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 운전자 교통상해사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가

그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

14-2. 비운전자 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 비운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고 발생일에 비운전자 교통상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.
- ① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
- ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

- ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) [1].①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ⑤ 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

4. (특별약관의 소멸)

- [1] 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) [1]의 비운전자 교통상해 사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- [2] 위 [1]에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- [3] 위 [1] 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- [4] 위 [3]의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단,

이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)은 지급하지 아니합니다.

15. 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관

15-1. 운전자 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 이후 발생한 운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 7년동안 매월 사고 발생일에 운전자 교통상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.
 - ① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
 - ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 - ③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

- ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 운전자 교통상해사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

15-2. 비운전자 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 비운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 7년동안 매월 사고 발생일에 비운전자 교통상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.
- ① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
- ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ⑤ 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 비운전자 교통상해 사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)은 지급하지 아니합니다.

16. 교통상해80%이상후유장해 특별약관

16-1. 운전자 교통상해80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이

하 “사고”라 함니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조 장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해 상태가 되었을 때, 이 특별약관의 보험가임금액을 1회에 한하여 운전자 교통상해80%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

- ① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 함니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장해지급률이 운전자 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는

경우에는 운전자 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 운전자 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 운전자 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 운전자 교통상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 운전자 교통상해 80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)은 지급하지 않습니다.

16-2. 비운전자 교통상해80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 비운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 비운전자 교통상해80%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

- ① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 장애지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장애지급률이 비운전자 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 비운전자 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 비운전자 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 비운전자 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지

않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

- ④ 같은 비운전자 교통상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장해 상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ⑤ 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 비운전자 교통상해 80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

17. 교통상해80%미만후유장해 특별약관

17-1. 운전자 교통상해80%미만후유장해 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자(보험금을 받는자)에게 운전자 교통상해80%미만후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.
- ① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과

의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 함)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 장애지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장애지급률이 운전자 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 운전자 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 운전자 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 운전자 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.

- ④ 같은 운전자 교통상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 운전자 교통상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑥에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

17-2. 비운전자 교통상해80%미만후유장해 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 비운전자 교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 비운전자 교통상해80%미만후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.
 - ① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 - ② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및

「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

- ③ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장해지급률이 비운전자 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 비운전자 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 비운전자 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 비운전자 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 비운전자 교통상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 다른 비운전자 교통상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑥에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
- ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ⑤ 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

18. 운전중 교통상해사망 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 운전중 교통상해(「보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접 결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 운전중 교통상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.
- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 운전중 교통상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

19. 운전중 교통상해사망연금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 운전중 교통상해(「보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접 결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안

매월 사고 발생일에 운전중 교통상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 운전중 교통상해사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가

그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

20. 운전중 교통상해사망연금(매월7년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 운전중 교통상해(「보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접 결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 7년동안 매월 사고 발생일에 운전중 교통상해사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.
- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 운전중 교통상해사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

21. 운전중 교통상해80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 운전중 교통상해(「보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가

되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 운전중 교통상해80%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 장애지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①을 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장애지급률이 운전중 교통상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 운전중 교통상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 운전중 교통상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 운전중 교통상해 발생일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태(운전중 교통상해사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 운전중 교통상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피

보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장해 상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.

- ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
- ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ㉚ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

- ㉛ 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ㉛의 운전중 교통상해 80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ㉜ 위 ㉛에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ㉝ 위 ㉛ 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ㉞ 위 ㉝의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

22. 상해흉터복원수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 「급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원등을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있음)을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액7만원)

구 분	안면부	상지·하지
지급액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 최고 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.
 - ① 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분
 - ② 상지란 견관절 이하의 팔부분
 - ③ 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부등은 제외

3. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

23. 중대한 특정상해수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 「급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에

그 치료를 직접적인 목적으로 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”을 받은 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 특정상해수술비로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술비 지급사유가 두가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술비만을 지급하여 드립니다.

- ② 위 ①에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌손상(【별표 2】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 위 ①에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표 2】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

2. (“수술의 정의와 장소)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”로 보지 아니합니다.
 - ① “개두(開頭)수술”이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 - ② “개흉(開胸)수술”이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한, 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 - ③ “개복(開腹)수술”이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서, 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)

을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

3. (특별약관의 소멸)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 중대한 특정상해수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

24. 골절진단비(치아제외) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 골절(치아파절제외)분류표(【별표 3】 골절(치아파절제외)분류표 참조)에서 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아제외)로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 골절진단비(치아제외)는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고, 직·간접 원인을 묻지 않고 치아골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 손해는 보장하지 아니합니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보장합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

25. 5대골절진단비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 5대골절분류표(【별표 4】 5대골절분류표 참조)에서 정한 5대골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 5대골절진단비는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보장하여 드립니다.

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

26. 화상진단비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 화상분류표(【별표 5】 화상분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 화상으로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 화상이라 함은 화상분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ② 동일한 사고로 인하여 두 종류 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기

간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

27. 상해수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해수술비는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유)로 보험금 지급사유 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다.), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

28. 상해입원일당(1일이상) 특별약관

28-1. 상해입원일당(1일이상)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 장애를 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(1일이상)으로 지급합니다. 다만, 상해입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 상해입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

3. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

28-2. 상해입원일당(1일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(1일이상)으로 지급합니다. 다만, 상해입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목

적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 계산합니다.

- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 상해입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

3. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는

갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

6. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 4.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

29. 상해중환자실입원일당(1일이상) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원일당(1일이상)으로 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 위 ①의 중환자실이라 함은 의료법시행규칙 별표4(【별표 6】의 료법시행규칙 별표4 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 계산합니다
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 상해중환자실입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해중환자실입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

3. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.)등의 의사, 치과의사 또

는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

30. 교통상해입원일당(1일이상) 특별약관

30-1. 운전자 교통상해입원일당(1일이상) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 운전자교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 운전자교통상해입원일당(1일이상)으로 지급하여 드립니다. 다만, 운전자교통상해입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있

을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

- ③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 동일한 운전자교통상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용하여 운전자교통상해입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 운전자교통상해입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험

금을 드리지 않습니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.)등의 「의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 운전자교통상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

30-2. 비운전자 교통상해입원일당(1일이상) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 비운전자교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보

조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 비운전자교통상해입원일당(1일이상)으로 지급하여 드립니다. 다만, 비운전자교통상해입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

- ① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 - ② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 위 ①에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 동일한 비운전자교통상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용하여 비운전자교통상해입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 1.(보험금의 종류 및 지급

사유) ①의 비운전자교통상해입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유)또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ⑤ 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.)등의 「의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 비운전자교통상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

31. 자동차부상치료비 특별약관

31-1. 운전자 자동차부상치료비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 아래에 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표 7】 자동차사고 부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우 부상등급에 따라 아래와 같이 지급하여 드립니다.

[보험가입금액 300만원 기준]

부상등급	지급금액
1급	300만
2~4급	150만
5급	75만
6급	40만
7급	20만
8~11급	10만
12~14급	5만

- ① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
 ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 ③ 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
 ② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
 ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 함)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ① 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리

지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

31-2. 비운전자 자동차부상치료비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 아래에 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표 7】 자동차사고 부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우 부상등급에 따라 아래와 같이 지급하여 드립니다.

[보험가입금액 300만원 기준]

부상등급	지급금액
1급	300만
2~4급	150만
5급	75만
6급	40만
7급	20만
8~11급	10만
12~14급	5만

- ① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 함)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계라 작업기계로 사용되는 동 안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ① 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리 지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑 승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발 생한 때
- ② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지 급사유가 발생한 때
- ⑤ 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 보험금 지급사유가 발생 한 때

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기 간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비 금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보

험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

32. 강력범죄피해보험금 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄피해보험금으로 지급하여 드립니다.
 - ① 형법 제24장에서 정하는 살인죄
 - ② 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
 - ③ 형법 제32장에서 정하는 강간죄
 - ④ 형법 제38장에서 정하는 강도죄
 - ⑤ 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 폭처법 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄
- ② 위 ①에도 불구하고 위 ①에 정한 ①의 살인, ②의 상해와 폭행 및 ⑤의 폭력 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보장하여 드립니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
- ① 피보험자(보험대상자)가 범죄행위를 하던 중 또는 폭처법 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
 - ② 피보험자(보험대상자) 및 수익자(보험금을 받는자)의 고의 또는 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
 - ③ 피보험자(보험대상자)와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
 - ④ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해

3. (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자(보험금을 받는자)가 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
 - ① 경찰서 사건신고확인원(관할경찰서장 발행)
 - ② 의사진단서 등
- ② 회사는 필요한 경우에 피보험자(보험대상자) 또는 그와 세대를 같이하는 친족 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

33. 자동차사고성형수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)(자가용운전자만을 대상으로 합니다)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자가용자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)의 직접적인 결과로 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고성형수술비로 지급하여 드립니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보장하여 드리지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 같은 사고로 위 ①에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ④ 위 ① 및 ③에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ① 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 사고를 일으키고 도주하였을 때
- ② 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

3. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임 준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

34. 자동차사고 치아보철지원금 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 아래에서 정한 사고(이하 「자동차사고」라 합니다)를 직접적인 원인으로 치아에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 치아보철치료가 필요하다고 진단 받은 경우 치아 1개당 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고치아보철지원금으로 지급하여 드립니다.
- ① 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고
 - ② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고
 - ③ 운행중인 자동차에 탑승하지 아니하고 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차 사고
- ② 위 ①에서 치아보철을 필요로 하는 상해라 함은 【별표 7】 자동차사고 부상등급표 중 5급 16항, 6급 17항, 7급 10항, 8급 15항, 9급 16항, 10급 7항, 11급 8항, 12급 3항, 13급 3항, 14급 3항에 해당되는 경우를 말합니다.
- ③ 위 ①에서 보철치료라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.
- ④ 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑤ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭,

타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

3. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

35. 폭력피해보험금(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중 일상생활중에 다음 각 호에 정하는 범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 폭력피해보험금으로 지급합니다.
 - ① 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
 - ② 형법 제38장에서 정하는 강도죄
 - ③ 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄
- ② 위 ①에도 불구하고 위 ①에 정한 ①의 상해와 폭행 및 ③의 폭력 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보장하여 드립니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보장하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 범죄행위를 하던 중 또는 폭처법 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
- ② 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는자)의 고의 또는 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
- ③ 피보험자(보험대상자)와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
- ④ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해

3. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

4. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

5. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 3.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.

- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

【 제 2장 질병관련 특별약관 】

1. 질병사망 특별약관

1-1. 질병사망(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 질병으로 인하여 사망하는 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말 합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확 정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

1-2. 질병사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 질병으로 인하여 사망하는 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한

나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

4. (자동갱신 적용)

① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

5. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.

② 계약자는 3.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.

① 보통약관의 보험료 납입기간 중:

갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

2. 질병사망연금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 질병으로 인하여 사망하는 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고 발생일에 질병사망연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말 합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망연금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

3. 질병80%이상후유장해 특별약관

3-1. 질병80%이상후유장해(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기

간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장애지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말

합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ⑨ 위 ⑧에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑩ 위 ⑨의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑨의 청약일로 하여 적용합니다

3. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병80%이상후 유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

3-2. 질병80%이상후유장해(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조.

이하 같습니다)에서 정한 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 **1회에 한하여** 이 특별약관의 보험가입금액을 질병80%이상후유장애보험금으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장애지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애

- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급
 료에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)
 와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수
 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합
 병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은
 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는
 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말
 합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및
 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지
 아니합니다.
- ⑨ 위 ⑧에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정
 되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약
 이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로
 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없
 을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에
 따라 보장하여 드립니다.
- ⑩ 위 ⑨의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보
 통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
 에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회
 복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력
 회복)일을 위 ⑨의 청약일로 하여 적용합니다

3. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이
 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없
 을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과
 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신
 일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회
 사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한
 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하
 고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도
 의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

4. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용
 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라
 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에

관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

5. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 3.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병80%이상후 유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보

험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

4. 뇌졸중진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
뇌졸중진단비 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
뇌졸중진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에

따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표 8】 뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

5. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라

약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

6. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 4.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

5. 암사망 특별약관

5-1. 암사망(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 그 갑상선암 또는 그 기타피부암으로 인하여 보험기간 중에 사망한 경우에는 다음과 같이 암사망보험금을 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암, 기타피부암, 갑상선암으로 사망시	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 갑상선암 및 기타피부암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으

로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표 중 악성신생물분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의

납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암으로 사망하여 보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

5-2. 암사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 그 갑상선암 또는 그 기타피부암으로 인하여 보험기간 중에 사망한 경우에는 다음과 같이 암사망보험금을 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
	암, 기타피부암, 갑상선암으로 사망시	
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
암, 기타피부암, 갑상선암으로 사망시	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 ①에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갑상선암 및 기타피부암	제1회 보험료를 받은 때

② 갱신계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암, 갑상선암 및 기타피부암	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표 중 악성신생물분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고

고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

7. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

8. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 6.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암으로 사망

하여 보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적절한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

6. 암80%이상후유장해 특별약관

6-1. 암80%이상후유장해(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단 확정된 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 「장해분류표」(【별표 1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을때 다음과 같이 1회에 한하여 암80%이상후유장해보험금을 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 80%이상후유장해시	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자(보험대상자)가 15세미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 갑상선암 및 기타피부암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①을 적용합니다.
- ② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장애지급률이 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태(암사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ④ 같은 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
 - ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합

병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑧ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑨ 위 ⑧에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑩ 위 ⑨의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑨의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표 중 악성신생물분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암80%이상 후유장해 보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)은 적용하지 않습니다.

6-2. 암80%이상후유장해(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단 확정된 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 다음과 같이 1회에 한하여 암80%이상후유장해보험금을 지

급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
암, 기타피부암, 갑상선암으로 80%이상 후유장해시	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
암, 기타피부암, 갑상선암으로 80%이상 후유장해시	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 ①에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구 분		보장개시일(책임개시일)
암	15세이상	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
	15세미만	제1회 보험료를 받은 때
기타피부암, 갑상선암		제1회 보험료를 받은 때

② 갱신계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암, 기타피부암, 갑상선암	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①을 적용합니다.

② 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 장애지급률이 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된

- 장해상태(암사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ④ 같은 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 위 ④에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 후유장해 상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 빼고 지급합니다.
- ① 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
- ② 위 ① 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑦ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑨ 위 ⑧에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑩ 위 ⑨의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회

복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑨의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표 중 악성신생물분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이

특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

7. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

8. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 6.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해

지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암80%이상 후유장애 보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적용한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)은 적용하지 아니합니다.

7. 암진단비 특별약관

7-1. 암진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급하여드립니다.

구 분	지급금액	
제자리암진단비 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%	
암진단비 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자(보험대상자)가 15세미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암진단비를 지급 받은 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정시에는 제자리암진단비, 경계성종양진단비, 기타피부암진단비, 갑상선암진단비는 지급되지 않습니다.

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant

potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표11】 제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

7. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암진단비를 지급한 경우(단, 제자리암진단비, 경계성종양진단비, 기타피부암진단비, 갑상선암진단비를 지급한 경우는 제외합니다)에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

7-2. 암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액						
제자리암진단비 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%						
암진단비 (1회한)	<table border="1"> <tr> <th>경과기간</th><th>지급금액</th></tr> <tr> <td>보험계약일로부터 1년미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 50%</td></tr> <tr> <td>보험계약일로부터 1년이상</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 100%</td></tr> </table>	경과기간	지급금액	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
경과기간	지급금액						
보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%						
보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%						

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
제자리암진단비 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
암진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 ①에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)				
암진단비	<table border="1"> <tr> <td>15세이상</td><td>보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날</td></tr> <tr> <td>15세미만</td><td>제1회 보험료를 받은 때</td></tr> </table>	15세이상	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	15세미만	제1회 보험료를 받은 때
15세이상	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날				
15세미만	제1회 보험료를 받은 때				
제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암	제1회 보험료를 받은 때				

② 갱신계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암진단비, 제자리암진단비, 경계성종양진단비, 기타피부암진단비, 갑상선암진단비	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계

약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암진단비를 지급 받은 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정시에는 제자리암진단비, 경계성종양진단비, 기타피부암진단비, 갑상선암진단비는 지급되지 아니합니다.

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표11】 제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

7. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

8. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
- ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

9. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

10. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 8.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체 납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
 - ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

11. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암진단비를 지급한 경우(단, 제자리암진단비, 경계성종양진단비, 기타피부암진단비, 갑상선암진단비를 지급한 경우는 제외합니다)에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

8. 두번째암진단비(원발/전이/재발암) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 두번째암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 두번째암진단비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
두번째암으로 진단시 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 최초로 발생한 암(기타피부암 및 갑상선암제외)(이하 “첫번째 암”) 확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난 날로 합니다. 다만, “첫번째암”의 진단확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난 날이 없는 경우에는 해당월의 말일을 “두번째암 보장개시일”로 하며, 첫번째암 확정일로부터 1년(12개월) 이내에 두번째암에 대한 치료가 개시된 때에는 제외합니다

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말

합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 “두번째암”에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “두번째암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 계약자는 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 “첫번째암” 진단확정일 시점의 이 특별약관의 책임준비금을 돌려 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 아니합니다.
- ⑥ 위 ⑤에도 불구하고 계약자가 계약의 취소를 선택하지 아니한 때에는 “두번째암”의 보장개시일(책임개시일)이전에 “두번째암”으로 진단확정 받았더라도 “두번째암”의 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다)그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “두번째암”의 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 “두번째암”으로 간주하여 보험금을 지급하여 드립니다.

3. (“암”등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 “두번째암”(“기타피부암” 및 “갑상선암” 제외)이라 함은 “첫번째암”(“기타피부암” 및 “갑상선암” 제외) 진단확정일로부터 1년 경과 후 다음 각 호의 암에 해당하는 경우를 말합니다.
- ① 새로운 원발암
 - ② 동일장기 또는 타부위에 전이된 암
 - ③ 동일장기에 재발된 암
- ⑤ 이 특별약관에서 “첫번째암”(“기타피부암” 및 “갑상선암” 제외)이라 함은 [제 2장 질병관련 특별약관] 7. 암진단비 특별약관 1. (보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 지급사유 중 암진단비 보험금이 지급되는 “암”을 말합니다. 다만, 제자리암진단비, 경계성종양진단비, 기타피부암진단비, 갑상선암진단비는 제외합니다.
- ⑥ 위 ④의 “새로운 원발암”이란, 원발부위에 발생한 암으로 “첫번째암”과 다른 조직병리학적 특성(histopathological appearance)을 가진 암을 말합니다.
- ⑦ 위 ④의 “전이된 암”이란, 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 지속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 “암”을 말합니다.
- ⑧ 위 ④의 “재발된 암”이란, “첫번째암”과 동일한 조직병리학적 특성(histopathological appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암”으로 인하여 “두번째암” 보장개시일 이후 새롭게 “암”이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 “암”을 말합니다. 다만, “첫번째암”의 진단부위에 “첫번째암” 세포가 제거되지 못하고 남아 있는 암과 그 암의 증식은 “재발된 암”으로 인정하지 않습니다.
- ⑨ 위 ⑧에도 불구하고 “첫번째암”의 진단시점에 검사에서 발견되지 않은 암세포에 대해서는 암세포 제거 여부에 관계없이 “재발된 암”으로 인정합니다.
- ⑩ “두번째암”(“기타피부암” 및 “갑상선암” 제외)에 대한 진단확정 및 암세포 제거 확인은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “두번째암”(“기타피부암” 및 “갑상선암” 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음 혹은 암세포가 제거되었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑪ 위 ⑩에 따라 암세포의 제거 확인을 받지 못하였더라도 “첫번째암”(“기타피부암” 및 “갑상선암” 제외) 발생 후 5년이 지나는 동안 “첫번째암”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외)또는 치료사실이 없을 경우 암세포가 제거되었음으로 간주합니다.

【사례(암세포의 제거 확인을 받지 못한 경우)】

“혈액암” 등 몸에서 암세포의 제거 확인이 어려워 암세포의 제거 확인을 받지 못하였더라도 “혈액암”(“첫번째암”) 발생 후 5년이 지나는 동안 “혈액암”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우에는 그 후 재발한 “혈액암”에 대해서는 “재발된 암”으로 간주하고 보험금을 지급하여 드립니다.

4. (특별약관의 무효)

- ① 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 3.(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “첫번째암”에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “첫번째암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ② 위 ①에서 “첫번째암”에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 단, 피보험자(보험대상자)가 15세미만의 경우 제1회보험료를 받은 때
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 3.(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “첫번째암”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험료 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 “암”(“기타피부암” 및 “갑상선암” 제외)에 대한 회사의 보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 “암”(“기타피부암” 및 “갑상선암” 제외)으로 진단확정된 경우 차회 이후의 두번째암진단비 특별약관에 해당하는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

- ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 [잔여보험기간-1년]이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 [잔여보험기간-1년]을 기준으로 하여 갱신되는 것으로 하며, 피보험자(보험대상자)가 [갱신종료나이-1]세까지 “첫번째 암”의 지급사유가 발생하지 않은 경우 [갱신종료나이-1]세 갱신 시점부터 더이상 갱신하지 아니합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.
- ⑤ 위 ① 및 ③에도 불구하고 6.(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 아니하고 보장은 피보험자(보험대상자)가 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)에 도달할 때까지 계속됩니다.

8. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

9. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 7.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체 납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 두번째암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

9. 암진단연금 | (매년5년간지급)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급하여 드립니다. 다만, 진단확정일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 진단확정일로 합니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액
제자리암진단연금 경계성종양진단연금 기타피부암진단연금 갑상선암진단연금 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%를 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급
암진단연금 I (1회한)	경과기간
	지급금액
	이 특별약관 보험가입금액의 50%를 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급
	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
제자리암진단연금 경계성종양진단연금 기타피부암진단연금 갑상선암진단연금 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%를 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급
암진단연금 I (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급

② 위 ①에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암진단연금 I	15세이상 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
	15세미만 제1회 보험료를 받은 때
제자리암진단연금, 경계성종양진단연금 기타피부암진단연금, 갑상선암진단연금	제1회 보험료를 받은 때

② 갱신계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암진단연금, 제자리암진단연금, 경계성종양진단연금, 기타피부암진단연금, 갑상선암진단연금	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계

약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암진단연금 I 을 지급 받은 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정시에는 제자리암진단연금, 경계성종양진단연금, 기타피부암진단연금, 갑상선암진단연금은 지급되지 아니합니다.

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표11】 제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서

정한 질병을 말합니다.

- ② “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」 (【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

7. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

8. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」 (이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」 (이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」 (이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

9. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

10. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 8.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

11. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암진단연금

1 을 지급한 경우(단, 제자리암진단연금, 경계성종양진단연금, 기타피부암진단연금, 갑상선암진단연금을 지급한 경우는 제외합니다)에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

10. 암진단연금 II (매월10개월간지급) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급하여 드립니다. 다만, 진단확정일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 진단확정일로 합니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
제자리암진단연금 경계성종양진단연금 기타피부암진단연금 갑상선암진단연금 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%를 10개월동안 매월 진단확정일에 확정지급	
암진단연금 II (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%를 10개월동안 매월 진단확정일에 확정지급
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 10개월동안 매월 진단확정일에 확정지급

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
제자리암진단연금 경계성종양진단연금 기타피부암진단연금 갑상선암진단연금 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%를 10개월동안 매월 진단확정일에 확정지급
암진단연금 II(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 10개월동안 매월 진단확정일에 확정지급

② 위 ①에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구 분		보장개시일(책임개시일)
암진단연금 II	15세이상	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
	15세미만	제1회 보험료를 받은 때
제자리암진단연금, 경계성종양진단연금 기타피부암진단연금, 갑상선암진단연금		제1회 보험료를 받은 때

② 갱신계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암진단연금, 제자리암진단연금, 경계성종양진단연금, 기타피부암진단연금, 갑상선암진단연금	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암진단연금 II을 지급 받은 이후에 제자리암, 경계성종양,

기타피부암, 갑상선암으로 진단확정시에는 제자리암진단연금, 경계성종양진단연금, 기타피부암진단연금, 갑상선암진단연금은 지급되지 않습니다.

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표11】 제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명

또는 미상의 신생물 분류표」(【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

7. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

8. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
- ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

9. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라

약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

10. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 8.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

11. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암진단연금 II를 지급한 경우(단, 제자리암진단연금, 경계성종양진단연금, 기타피부암진단연금, 갑상선암진단연금을 지급한 경우는 제외합니다)에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준

비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

11. 항암방사선·약물치료비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받았을 경우에는 이 특별약관에 따라 다음에서 정한 금액을 각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
기타피부암 항암방사선·약물치료비 갑상선암 항암방사선·약물치료비	이 특별약관의 보험가입금액의 20%	
암 항암방사선·약물치료비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자(보험대상자)가 15세미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및

지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지
아니합니다.

- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확
정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계
약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으
로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이
없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에
따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보
통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회
복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력
회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서
정한 암 항암방사선·약물치료비를 지급 받은 이후에 기타피부암,
갑상선암으로 진단확정시에는 기타피부암 항암방사선·약물치료
비, 갑상선암 항암방사선·약물치료비는 지급되지 아니합니다.

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」
(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정
한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전
상태, premalignant condition or condition with malignant
potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여
를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상
세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확
인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니
다.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암)
분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는
질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분
류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질
병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는
임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않
을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상
선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된
기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“항암방사선·약물치료”의 정의)

- ① 이 계약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照)하여 기타피부암, 갑상선암 또는 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)
- ② 이 계약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

5. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 항암방사선·약물치료비(단, 기타피부암 항암방사선·약물치료비, 갑상선암 항암방사선·약물치료비는 제외합니다)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

12. 암입원일당(4일이상) 특별약관

12-1. 암입원일당(4일이상)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

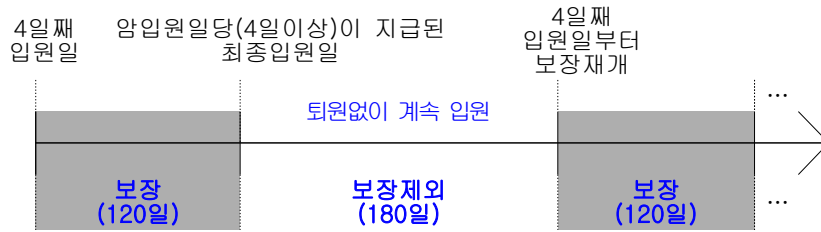
- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원한 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 다음과 같이 암입원일당(4일이상)을 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	이 특별약관의 보험가입금액의 20%	
암으로 입원	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자(보험대상자)가 15세미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 암입원일당(4일이상) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 암입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 ① 및 ②를 적용하여 암입원일당(4일이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 암입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는

임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리의 신생물분류표」(【별표11】 제자리의 신생물분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다) 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우

에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

12-2. 암입원일당(4일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원한 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 다음과 같이 암입원일당(4일이상)을 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액
제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	이 특별약관의 보험가입금액의 20%
암으로 입원	경과기간
	지급금액
	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보통계약일로부터 1년미만
	보통계약일로부터 1년이상
	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	이 특별약관 보험가입금액의 20%
암으로 입원	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 ①에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암입원일당	15세이상
	15세미만
제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암	제1회 보험료를 받은 때

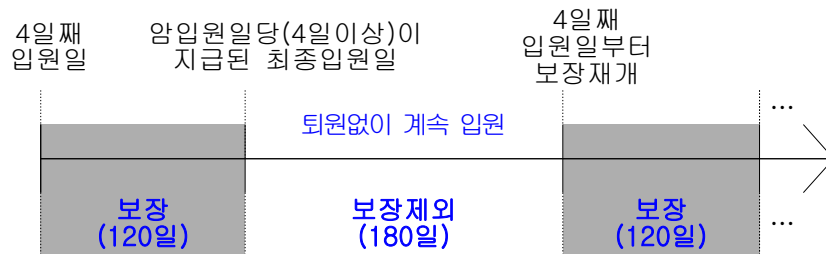
② 갱신계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암으로 입원 제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 암입원일당(4일이상) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 암입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당(4일이상)이 지급된

최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 ① 및 ②를 적용하여 암입원일당(4일이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 암입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분

류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리의 신생물분류표」(【별표11】 제자리의 신생물분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다) 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

10. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

11. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.

② 계약자는 9.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.

① 보통약관의 보험료 납입기간 중:

갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

12. (특별약관의 소멸)

① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

13. 뇌출혈진단비 특별약관

13-1. 뇌출혈진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 **1회에 한하여** 다음과 같이 뇌출혈진단비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
뇌출혈진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표13】 뇌출혈 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET),

단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

13-2. 뇌출혈진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌출혈진단비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
뇌출혈진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
뇌출혈진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표13】 뇌출혈 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신

일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

5. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

6. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 4.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
 - ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이

끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉) 기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

14. 급성심근경색증진단비 특별약관

14-1. 급성심근경색증진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
급성심근경색증진단비 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여적용합니다

3. (“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표14】 급성심근경색증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급성심근경색증, 이차성심근경색증, 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되

는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

14-2. 급성심근경색증진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
급성심근경색증진단비 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
급성심근경색증진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보

통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표14】 급성심근경색증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급성심근경색증, 이차성심근경색증, 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
- ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

5. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계

약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

6. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 4.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

15. 고액치료비암진단비 특별약관

15-1. 고액치료비암진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 고액치료비암진단비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
고액치료비암 으로 진단시 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자(보험대상자)가 15세미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (“고액치료비암” 의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “고액치료비암” 이라 함은 「고액치료비암분류표」 (【별표15】 고액치료비암분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/ 식도의 악성신생물(암)/ 췌장의 악성신생물(암)을 말합니다.
- ② “고액치료비암” 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “고액치료비암” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 고액치료비암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

15-2. 고액치료비암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 고액치료비암진단비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
고액치료비암으로진단시 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
고액치료비암으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)	
최초계약의 경우	15세이상	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
	15세미만	제1회 보험료를 받은 때
갱신계약의 경우		이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으

로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (“고액치료비암” 의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “고액치료비암” 이라 함은 「고액치료비암분류표」 (【별표15】 고액치료비암분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/ 식도의 악성신생물(암)/ 췌장의 악성신생물(암)을 말합니다.
- ② “고액치료비암” 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “고액치료비암” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」 (이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」 (이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

7. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

8. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 6.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
 - ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하

여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 고액치료비 암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적용한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

16. 11대특정암진단비 특별약관

16-1. 11대특정암진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 11대특정암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 11대특정암진단비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
	11대특정암진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	보험계약일로부터 1년이상	

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자(보험대상자)가 15세미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세이

상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“11대특정암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “11대특정암”이라 함은 「11대특정암 분류표」(【별표16】 11대특정암 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 식도의 악성신생물(암) / 췌장의 악성신생물(암)/ 뼈 및 관절 연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/ 간 및 간내담관의 악성신생물(암)/ 담낭의 악성신생물(암)/ 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성신생물(암)/ 기관의 악성신생물(암)/ 기관지 및 폐의 악성신생물(암)/ 소장/의 악성신생물(암) 을 말합니다.
- ② “11대특정암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “11대특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 11대특정암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 11대특정암 진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적용한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

16-2. 11대특정암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 11대특정암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 11대특정암진단비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분		지급금액
11대특정암 진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
11대특정암진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구 분		보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	15세이상	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
	15세미만	제1회 보험료를 받은 때
갱신계약의 경우		이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“11대특정암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “11대특정암”이라 함은 「11대특정암 분류표」(【별표16】 11대특정암 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/식도의 악성신생물(암) / 췌장의 악성신생물(암)/ 간 및 간내담관의 악성신생물(암)/ 담낭의 악성신생물(암)/ 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성신생물(암)/ 기관의 악성신생물(암)/ 기관지 및 폐의 악성신생물(암)/ 소장/의 악성신생물(암)을 말합니다.
- ② “11대특정암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “11대특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 11대특정암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

7. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

8. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.

② 계약자는 6.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.

① 보통약관의 보험료 납입기간 중:

갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 11대특정암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

17. 만성당뇨합병증진단비 특별약관

17-1. 만성당뇨합병증진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 만성당뇨합병증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 만성당뇨합병증진단비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
만성당뇨합병증진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“만성당뇨합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① “만성당뇨합병증”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 한국표준질병 분류상 E10-E14(당뇨병)의 4단위 세분류항목에서 다음을 말합니다.
 - 2+ : 신장 합병증을 동반
 - 3+ : 눈 합병증을 동반
 - 4+ : 신경학적 합병증을 동반
 - 5 : 순환기계 합병증을 동반

- ② “만성당뇨합병증”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자(보험대상자)가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.
- ① 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조형술을 시행하여 망막출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
 - ② 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 500mg이상 검출된 경우 (단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl 이상인 경우 (당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
 - ③ 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
 - ④ 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증 진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

17-2. 만성당뇨합병증진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 만성당뇨합병증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 만성당뇨합병증진단비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
만성당뇨합병증진단비 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
만성당뇨합병증진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“만성당뇨합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① “만성당뇨합병증”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 한국표준질병 분류상 E10-E14(당뇨병)의 4단위 세분류항목에서 다음을 말합니다.

- 2+ : 신장 합병증을 동반
- 3+ : 눈 합병증을 동반
- 4+ : 신경학적 합병증을 동반
- 5 : 순환기계 합병증을 동반

② “만성당뇨합병증”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자(보험대상자)가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

- ① 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조형술을 시행하여 망막출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
- ② 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 500mg이상 검출된 경우 (단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl 이상인 경우 (당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
- ③ 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
- ④ 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

4. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

5. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에

관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

6. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 4.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
- 갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
- 갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 13.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증 진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

18. 중대한 재생불량성빈혈진단비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 중대한 재생불량성빈혈로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 중대한 재생불량성빈혈진단비를 지급하여 드립니다.

구 분		지급금액
중대한 재생불량성빈혈진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)

회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“중대한 재생불량성빈혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “중대한 재생불량성빈혈”이라 함은 “영구적인 재생불량성 빈혈”로서 피보험자(보험대상자)가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고 현재 골수 이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.
- ② 위 ①에서 “영구적인 재생불량성 빈혈”이라 함은 만성 골수부전 상태로서 호중구 수가 200/mm³미만 이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하이고 동시에 다음중 두가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.
 - ① 호중구 수가 500/mm³미만
 - ② 혈소판 수가 20,000/mm³미만
 - ③ 망상적혈구 수가 20,000/mm³미만
- ③ 단, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성 빈혈은 보장에서 제외됩니다.
- ④ 중대한 재생불량성빈혈의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 중대한 재생불량성빈혈의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대한 재생불량성빈혈진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

19. 말기신부전증진단비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 말기신부전으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 말기신부전증진단비를 지급하여 드립니다.

구 분		지급금액
말기신부전증 진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제6차 개정 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기신부전증진

단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적용한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

20. 말기간경화진단비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 말기간경화로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 말기간경화진단비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
말기간경화 진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말 합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “말기간경화”라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
 - ① 통제가 불가능한 복수증
 - ② 영구적인 황달
 - ③ 위나 식도벽의 정맥류
 - ④ 간성 뇌증
- ② 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
- ③ “말기간경화”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라고 합니다.)에 의하러 내려져야하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan)등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “말기간경화”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

21. 말기폐질환진단비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 말기폐질환(End stage Lung Disease)으로 진단확정된 경우에는 **1회에 한하여** 다음과 같이 말기폐질환진단비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
	말기폐질환 진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만 이 특별약관 보험가입금액의 50% 보험계약일로부터 1년이상 이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말 합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “말기폐질환”으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「말기폐질환 분류표」(【별표17】 말기폐질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “말기폐질환”이라 함은 위 ①에 포함되고 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 두가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - ① 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - ② 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25%이하
- ③ “말기폐질환”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 “의사”

라고 합니다.)에 의하러 내려져야합니다. 또한 회사가 “말기폐질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

22. 암수술비 I 특별약관

22-1. 암수술비 I(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 암수술비 I 을 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
제자리암 수술비 경계성종양 수술비 기타피부암 수술비 갑상선암 수술비	이 특별약관의 보험가입금액의 20%	
암 수술비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자(보험대상자)가 15세미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는

임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표11】 제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자) “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자) “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것),

천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

7. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

22-2. 암수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 암수술비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액
제자리암 수술 경계성종양 수술 기타피부암 수술 갑상선암 수술	이 특별약관의 보험가입금액의 20%
암수술	경과기간
	지급금액
	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년미만
	보험계약일로부터 1년이상
	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
암수술 제자리암 수술 경계성종양 수술 기타피부암 수술 갑상선암 수술	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 위 ①에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암	15세이상
	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
	15세미만
	제1회 보험료를 받은 때
제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암	제1회 보험료를 받은 때

② 갱신계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암수술 제자리암수술 경계성종양수술 기타피부암수술 갑상선암수술	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말 합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표11】 제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자

격증을 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자) “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자) “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

7. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

10. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

11. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 9.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립

부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립 보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체 납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 13.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

12. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

23. 암수술비 II 특별약관

23-1. 암수술비 II (세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」 (이하 “보험기간”이라 합니다)중에

보장개시일(책임개시일) 이후에 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 암수술비 II를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암 수술비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 40%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 80%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자(보험대상자)가 15세미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. ("암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② “암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암수술비 II

를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

23-2. 암수술비Ⅱ (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 암수술비Ⅱ를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
암 수술비 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 40%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 80%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
암수술	이 특별약관 보험가입금액의 80%

- ② 위 ①에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)	
암수술	15세이상	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
	15세미만	제1회 보험료를 받은 때

② 갱신계약의 경우

구 분	보장개시일(책임개시일)
암수술	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표10】 악성신생물(암) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44 및 C73에 해당하는 질병은 제외합니다.

【유의사항】

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.

- ② “암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자

격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

8. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

9. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 7.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 13.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 암수술비II

를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

24. 질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이

없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ④ 위 ③의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ③의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하여 드리지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - ② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
 - ③ 계약자의 고의
 - ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보장하여 드리지 아니합니다.
 - ① 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
 - ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 - ③ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 - ④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 - ⑤ 비만(E66)
 - ⑥ 비뇨기계 장애(N39, R32)
 - ⑦ 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62)
 - ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - ② 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 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), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

- ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

25. 7대질병수술비 특별약관

25-1. 7대질병수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 7대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 7대질병수술비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
7대질병수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으

로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (“7대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “7대질병”이라 함은 「7대질병분류표」(【별표18】 7대질병분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위·십이지장궤양을 말합니다.
 - ① 위 ①에서의 “심장질환”이라 함은 급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈성심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.
 - ② 위 ①에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
 - ③ 위 ①에서의 “간질환”이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.
 - ④ 위 ①에서의 “고혈압”이라 함은 고혈압성 질환으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 고혈압 참조)을 말합니다.
 - ⑤ 위 ①에서의 “당뇨병”이라 함은 당뇨병으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 당뇨병 참조)을 말합니다.
 - ⑥ 위 ①에서의 “만성하기도질환”이라 함은 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속상태으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 만성하기도질환 참조)을 말합니다.
 - ⑦ 위 ①에서의 “위·십이지장궤양”이라 함은 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.
- ② 위 ①의 “7대질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하

다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

25-2. 7대질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 7대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 7대질병수술비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
7대질병 수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
7대질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (“7대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “7대질병”이라 함은 「7대질병분류표」(【별표18】7대질병분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위·십이지장궤양을 말합니다.
 - ① 위 ①에서의 “심장질환”이라 함은 급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈성심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.
 - ② 위 ①에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
 - ③ 위 ①에서의 “간질환”이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.
 - ④ 위 ①에서의 “고혈압”이라 함은 고혈압성 질환으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 고혈압 참조)을 말합니다.

- ⑤ 위 ①에서의 “당뇨병”이라 함은 당뇨병으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 당뇨병 참조)을 말합니다.
- ⑥ 위 ①에서의 “만성하기도질환”이라 함은 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속상태으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 만성하기도질환 참조)을 말합니다.
- ⑦ 위 ①에서의 “위·십이지장궤양”이라 함은 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(7대질병 분류표 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.
- ② 위 ①의 “7대질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:

갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

26. 16대질병수술비 특별약관

26-1. 16대질병수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 16대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 16대질병수술비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
16대질병수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계

약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“16대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “16대질병”이라 함은 「16대질병 분류표」(【별표19】 16대질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.
 - ① 위 ①에서의 “당뇨병”이라 함은 당뇨병으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 당뇨병 참조)을 말합니다.
 - ② 위 ①에서의 “심장질환”이라 함은 급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈성 심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.
 - ③ 위 ①에서의 “고혈압”이라 함은 고혈압 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 고혈압 참조)을 말합니다.
 - ④ 위 ①에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
 - ⑤ 위 ①에서의 “간질환”이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.
 - ⑥ 위 ①에서의 “위·십이지장궤양”이라 함은 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.
 - ⑦ 위 ①에서의 “갑상선질환”이라 함은 갑상선의 장애, 치료후 갑상선기능저하증, 방사선 조사후 갑상선기능저하증, 수술후 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 갑상선질환 참조)을 말합니다.
 - ⑧ 위 ①에서의 “동맥경화증”이라 함은 죽상경화증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 동맥경화증 참조)을 말합니다.
 - ⑨ 위 ①에서의 “만성하기도질환”이라 함은 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 만성하기도질환 참조)을 말합니다.
 - ⑩ 위 ①에서의 “폐렴”이라 함은 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴, 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴, 인플루엔자균에 의한 폐렴, 달리 분류되지 않은 세균 폐렴, 달리 분류되지 않은 기타 감

염성 병원체에 의한 폐렴, 달리 분류된 질환에서의 폐렴, 상
세불명 병원체의 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 흉역으로
분류되는 질병(16대질병 분류표 중 폐렴 참조)을 말합니다.

- ⑪ 위 ①에서의 “관절염”이라 함은 감염성 관절병증, 염증성 다
발관절병증, 관절증, 기타 관절장애로 분류되는 질병(16대질
병 분류표 중 관절염 참조)을 말합니다.
- ⑫ 위 ①에서의 “백내장”이라 함은 노년성 백내장, 기타 백내장,
수정체의 기타장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 백
내장 참조)을 말합니다.
- ⑬ 위 ①에서의 “녹내장”이라 함은 녹내장, 달리 분류된 질환에
서의 녹내장으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 녹내장
참조)을 말합니다.
- ⑭ 위 ①에서의 “결핵”이라 함은 결핵, 결핵의 후유증으로 분류
되는 질병(16대질병 분류표 중 결핵 참조)을 말합니다.
- ⑮ 위 ①에서의 “신부전”이라 함은 신부전으로 분류되는 질병(16
대질병 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.
- ⑯ 위 ①에서의 “생식기질환”이라 함은 남성생식기관의 질환, 여
성 골반내 기관의 염증성 질환, 여성생식기관의 비염증성 장
애(습관유산자, 여성불임, 인공수정과 관련된 합병증은 제외),
달리분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애로 분류되
는 질병(16대질병 분류표 중 생식기질환)을 말합니다.
- ② 위 ①의 “16대질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원
또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자
에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또
는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자
격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하
다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3
조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하
다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직
접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,
특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는
것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원
회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는
기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포
함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것),
천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을
주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제
외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

26-2. 16대질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 16대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 16대질병수술비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
16대질병 수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
16대질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“16대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “16대질병”이라 함은 「16대질병 분류표」(【별표19】 16대질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.
- ① 위 ①에서의 “당뇨병”이라 함은 당뇨병으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 당뇨병 참조)을 말합니다.
- ② 위 ①에서의 “심장질환”이라 함은 급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈성 심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.
- ③ 위 ①에서의 “고혈압”이라 함은 고혈압 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 고혈압 참조)을 말합니다.
- ④ 위 ①에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
- ⑤ 위 ①에서의 “간질환”이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.
- ⑥ 위 ①에서의 “위·십이지장궤양”이라 함은 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.
- ⑦ 위 ①에서의 “갑상선질환”이라 함은 갑상선의 장애, 치료후 갑상선기능저하증, 방사선 조사후 갑상선기능저하증, 수술후 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 갑상선질환 참조)을 말합니다.
- ⑧ 위 ①에서의 “동맥경화증”이라 함은 죽상경화증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 동맥경화증 참조)을 말합니다.
- ⑨ 위 ①에서의 “만성하기도질환”이라 함은 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 만성하기도질환 참조)을 말합니다.

- ⑩ 위 ①에서의 “폐렴”이라 함은 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴, 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴, 인플루엔자균에 의한 폐렴, 달리 분류되지 않은 세균 폐렴, 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴, 달리 분류된 질환에서의 폐렴, 상세불명 병원체의 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 흉역으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 폐렴 참조)을 말합니다.
- ⑪ 위 ①에서의 “관절염”이라 함은 감염성 관절병증, 염증성 다발관절병증, 관절증, 기타 관절장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 관절염 참조)을 말합니다.
- ⑫ 위 ①에서의 “백내장”이라 함은 노년성 백내장, 기타 백내장, 수정체의 기타장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 백내장 참조)을 말합니다.
- ⑬ 위 ①에서의 “녹내장”이라 함은 녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 녹내장 참조)을 말합니다.
- ⑭ 위 ①에서의 “결핵”이라 함은 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 결핵 참조)을 말합니다.
- ⑮ 위 ①에서의 “신부전”이라 함은 신부전으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.
- ⑯ 위 ①에서의 “생식기질환”이라 함은 남성생식기관의 질환, 여성 골반내 기관의 염증성 질환, 여성생식기관의 비염증성 장애(습관유산자, 여성불임, 인공수정과 관련된 합병증은 제외), 달리분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 생식기질환)을 말합니다.
- ② 위 ①의 “16대질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과 의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임 준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립 보험료를 추가로 납입합니다.

- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
 갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

27. 자궁적출수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 여성생식기암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 자궁적출수술비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
자궁적출수술비 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“여성생식기암”및“자궁적출수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 “여성생식기암”이라 함은 제 6차 개정 한국표준질병사인분류에서 정한 「여성생식기암의 분류표」 (【별표 20-1】 여성생식기암 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “자궁적출수술(hysterotomy)”이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 「자궁적출수술의 분류표」 (【별표20-2】 자궁적출수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다.
- ③ 위①의 “여성생식기암”에 대한 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자) “여성생식기암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자궁적출수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

28. 남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 남성특정비뇨기계질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 남성특정비뇨기계질환수술비를 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“남성특정비뇨기계질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “남성특정비뇨기계질환”이라 함은 「남성특정비뇨기계질환분류표」(【별표21】 남성특정비뇨기계질환분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 사구체질환, 세뇨관-간질질환, 신부전, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타질환, 남성 생식기관의 질환을 말합니다.
- ① 위 ①에서의 “사구체질환”이라 함은 급성 신염 증후군, 급속 진행성 신염 증후군, 재발성 및 지속성 혈뇨, 만성 신염 증후군, 신 증후군, 상세불명의 신염 증후군, 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립성 단백뇨, 달리 분류되지 않는 유전성 신장

병증, 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 사구체질환 참조)을 말합니다.

- ② 위 ①에서의 “세뇨관-간질질환”이라 함은 급성 세뇨관-간질신염, 만성 세뇨관-간질신염, 급성 또는 만성으로 명시되지 않는 세뇨관-간질신염, 폐쇄성 및 역류성 요로병증, 약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질성 및 세뇨관 병태, 기타 세뇨관-간질 질환, 달리 분류된 질환에서의 세뇨관-간질 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 세뇨관-간질질환 참조)을 말합니다.
 - ③ 위 ①에서의 “신부전”이라 함은 급성 급성 신부전, 만성 신장 질환, 상세불명의 신부전으로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.
 - ④ 위 ①에서의 “신장 및 요관의 기타장애”라 함은 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애, 상세불명의 신장 위축, 원인미상의 작은 신장, 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애, 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 신장 및 요관의 기타장애 참조)을 말합니다.
 - ⑤ 위 ①에서의 “비뇨계통의 기타질환”이라 함은 방광염, 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애, 방광의 기타 장애, 달리 분류된 질병에서의 방광 장애, 달리 분류된 질병에서의 요도 장애, 비뇨기계통의 기타 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 비뇨계통의 기타질환 참조)을 말합니다.
 - ⑥ 위 ①에서의 “남성 생식기관의 질환”이라 함은 음낭수류 및 정액류, 고환의 염전, 고환염 및 부고환염, 달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애, 남성 생식기관의 기타 장애, 달리 분류된 질환에서의 남성 생식기관의 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 남성 생식기관의 질환 참조)을 말합니다.
- ② 위 ①의 남성특정비뇨기계질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료が必要하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원

회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

29. 시정각질환수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 시정각질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 시정각질환수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“시청각질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “시청각질환”이라 함은 「시청각질환 분류표」(【별표23】 시청각질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 위 ①의 “시청각질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과 의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

30. 관상동맥우회수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관상동맥우회술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 관상동맥우회수술비를 지급하여 드립니다.

구 분		지급금액
관상동맥우회수술비 (1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (“관상동맥우회술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “관상동맥우회술”이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 관상동맥확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter)및 레이저시술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
- 예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술 (Coronary Stent), 회전축상반제술(Rotational Atherectomy)
- ③ 위 ①의 관상동맥우회술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 시술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 관상동맥우회수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

31. 심장판막수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 인하여 심장판막수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 심장판막수술비를 지급하여 드립니다.

구 분		지급금액
심장판막수술비 (1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (“심장판막수술”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “심장판막수술”이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우입니다.
 - ① 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
 - ② 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술
- ② 단, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
 - ① 카테터를 이용하여 수술하는 경우
예) 경피(피부를 통한)적혈관내 대동맥류수술(percutaneous

endovascular aneurysm repair)

② 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 심장판막수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적용한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

32. 여성만성질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 여성만성질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 여성만성질병수술비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
여성만성 질병 수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
여성만성질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“여성만성질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “여성만성질병”이라 함은 골다공증, 관절염을 말합니다. (【별표24】 여성만성질병 분류표 참조. 이하 같습니다)
- ② 위 ①의 “여성만성질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임 준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립 보험료를 추가로 납입합니다.

- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
 갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

33. 부인과질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 부인과질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 부인과질병수술비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
부인과질병 수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
부인과질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“부인과질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “부인과질병”이라 함은 제자리신생물, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성 질환, 여성생식기의 비염증성 장애를 말합니다. (【별표25】 부인과질병 분류표 참조 이하 같습니다.)
- ② 위 ①의 “부인과질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3

조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임

준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.

- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.

① 보통약관의 보험료 납입기간 중:

갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

34. 조혈모세포이식수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 장기수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받은 경우에는 **1회에 한하여** 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“조혈모 세포이식수술”의 정의 및 진단확정)

“조혈모세포이식수술”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

- ① “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
- ② “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

- ③ “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자(보험대상자)의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
- ④ “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자(보험대상자)의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
- ⑤ “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식 수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

35. 인후질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 인후질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 인후질환수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“인후질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “인후질환”이라 함은 「인후질환 분류표」(【별표26】인후질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 위 ①의 “인후질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계

약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단,

이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

36. 탈장질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 탈장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 탈장질환수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“탈장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “탈장질환”이라 함은 「탈장질환 분류표」(【별표27】 탈장질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 위 ①의 “탈장질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또

는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

37. 담석·담도질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 담석·담도질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 담석·담도질환수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“담석·담도질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “담석·담도질환”이라 함은 「담석·담도질환 분류표」(【별표28】 담석·담도질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 위 ①의 “담석·담도질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,

특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.

② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.

① 보통약관의 보험료 납입기간 중:

갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

38. 질병입원일당(1일이상) 특별약관

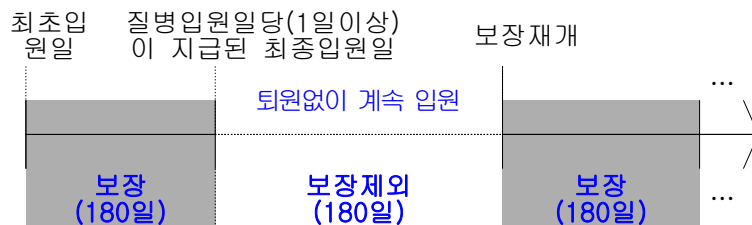
38-1. 질병입원일당(1일이상)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 인하여 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상)으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원일당(1일이상) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이 전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 ① 및 ②를 적용하여 질병입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 질병입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ② 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 성병
- ④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ⑨ 정상분만, 치과질환

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보

험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

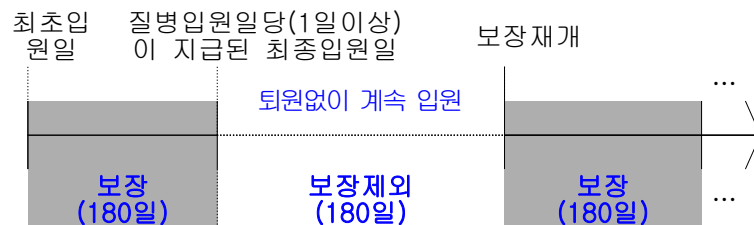
38-2. 질병입원일당(1일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 인하여 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상)으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원일당(1일이상) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이 전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는

위 ① 및 ②를 적용하여 질병입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.

- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 질병입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ② 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 성병
- ④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ⑨ 정상분만, 치과질환

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한

병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여
의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방

법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입 하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

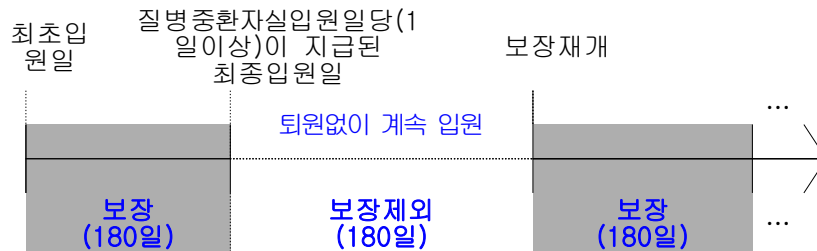
39. 질병중환자실입원일당(1일이상) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 인하여 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당(1일이상)으로 지급합니다.
- ② 위 ①의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표 6】의 료법시행규칙 별표4 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실입원일당 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이 전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일 수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이더라도 질병중환자실입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병중환자실입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 ① 및 ②를 적용하여 질병중환자실입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 질병중환자실입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)일을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ② 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 성병
- ④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ⑨ 정상분만, 치과질환

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 함)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

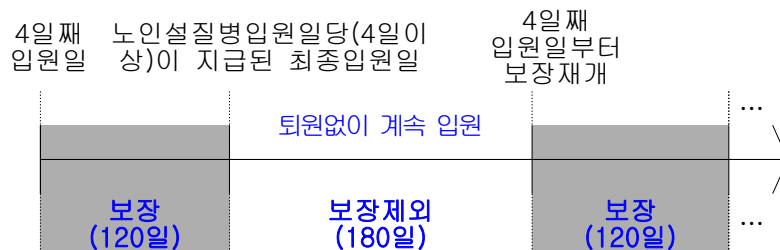
40. 노인성질병입원일당(4일이상) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 “노인성질병”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원한 경우에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 노인성질병입원일당(4일이상)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 노인성질병입원일당(4일이상) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 노인성질병의 치료를 직접적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 노인성질병입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 노인성질병입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 노인성질병입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 ① 및 ②를 적용하여 노인성질병입원일당(4일이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 노인성질병입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및

지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“노인성질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “노인성질병”이라 함은 「노인성질병분류표」(【별표29】 노인성질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 치매, 파킨슨병, 뇌혈관질환을 말합니다.
 - ① 위 ①에서의 “치매”라 함은 알츠하이머병에서의 치매, 혈관성 치매, 달리 분류된 기타 질환에서의 치매, 상세불명의 치매, 알츠하이머병으로 분류되는 질병(노인성질병 분류표 중 치매 참조)을 말합니다.
 - ② 위 ①에서의 “파킨슨병”이라 함은 파킨슨 병, 이차성 파킨슨병, 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증, 기저핵의 기타 퇴행성 질환으로 분류되는 질병(노인성질병 분류표 중 파킨슨병 참조)을 말합니다.
 - ③ 위 ①에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍, 뇌경색증으로 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착, 뇌경색증으로 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증으로 분류되는 질병(노인성질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
- ② 위 ①의 노인성질병의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.) 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 노인성질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사

의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

41. 식중독입원일당(4일이상) 특별약관

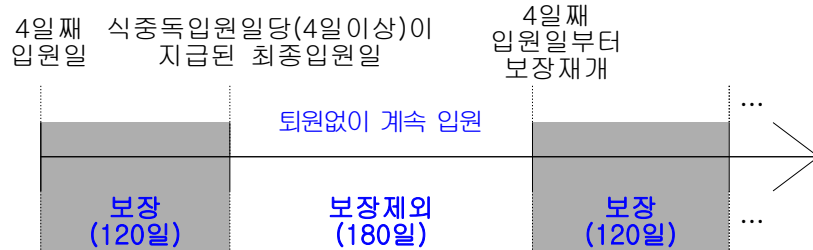
1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」 (이하 “보험기간”이라 합니다)중에 “식중독”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「병원 또는 의원」 (한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당(4일이상)으로 지급하여 드립니다.
- ② 위 ①에서 식중독이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써 「식중독 분류표」 (【별표30】 식중독 분류표 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 식중독입원일당(4일이상) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 식중독의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독

입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 식중독입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 ① 및 ②를 적용하여 식중독입원일당(4일이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 식중독입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 「의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여

의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

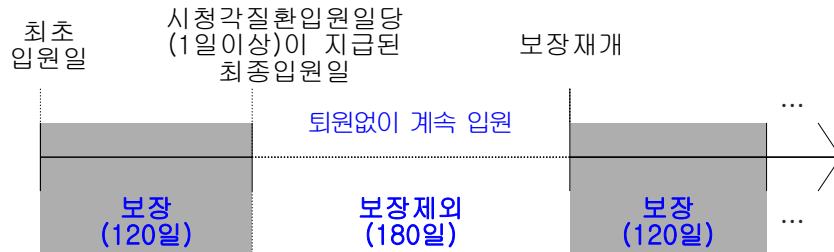
42. 시청각질환입원일당(1일이상) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 “시청각질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환입원일당(1일이상)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 시청각질환입원일당(1일이상) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 시청각질환의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 시청각질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 동일한 시청각질환에 대한 입원이라도 시청각질환입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 시청각질환입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 시청각질환입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 ① 및 ②를 적용하여 시청각질환입원일당(1일 이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 시청각질환입원일당(1일 이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“시청각질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “시청각질환”이라 함은 「시청각질환 분류표」(【별표23】 시청각질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 위 ①의 “시청각질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다) 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여

시청각질환 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

7. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임 준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립 보험료를 추가로 납입합니다.

- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
 갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체 납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

43. 특정전염병치료비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 **【별표35】 “특정전염병 분류표”**에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병위로금으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

44. 충수염(맹장염)수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 「충수염(맹장염)분류표」(【별표36】충수염(맹장염)분류표 참조.

이하 같습니다)에서 정한 “충수염(맹장염)”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 경우 이 특별약관의 보험 가입금액을 **1회에 한하여** 충수염(맹장염)수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 충수염(맹장염) 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 총수염(맹장염) 수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 아니합니다.

45. 자녀7대암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 자녀7대암으로 진단확정된 경우에는 **1회에 한하여** 다음과 같이 자녀7대암진단비를 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
	경과기간	지급금액
자녀7대암진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
자녀7대암진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 자녀7대암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구 분		보장개시일(책임개시일)
최초계약 의 경우	15세이상	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날 의 다음날
	15세미만	제1회 보험료를 받은 때
갱신계약의 경우		이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다

3. (“자녀7대암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “자녀7대암”이라 함은 뼈 및 관절연골, 뇌 및 중추신경계, 림프, 조혈관련조직, 부신, 남자의 경우 간 및 고환, 여자의 경우 신장 및 난소의 악성신생물(암)로서 자녀7대암분류표(【별표 37】자녀7대암 분류표 참조.이하 같습니다)에 정한 질병을 말합니다.
- ② “자녀7대암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “자녀7대암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 자녀7대암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 자녀7대암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 15세이상인 경우 자녀7대암의 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ②,③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

7. (보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 6.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사

는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

9. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 정한 자녀7대암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

46. 자녀10대질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 자녀10대질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 자녀10대질환수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“자녀10대질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “자녀10대질환”이라 함은 「자녀10대질환 분류표」(【별표38】 자녀10대질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장감염, 결핵 및 결핵의 후유증, 수막염, 간질, 중이염, 급성 상기도염 및 하기도염, 폐렴, 천식, 위·십이지장궤양 및 염증, 탈장 및 장폐색을 말합니다.
- ② 위 ①의 자녀10대질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과 의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 자녀10대질환수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여

의료법 제3조(의료기관)제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ②,③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적

립보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체 납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

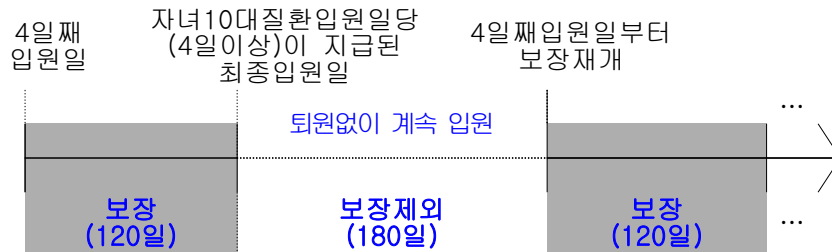
47. 자녀10대질환입원일당(4일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 자녀10대질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 4일째 입원일로부터 입원일당 이 특별약관의 보험가입금액을 자녀10대질환입원일당(4일이상)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 자녀10대질환입원일당(4일이상) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 자녀10대질환의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 자녀10대질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.



- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 자녀10대질환에 대한 입원이라도 자녀10대질환입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 자녀10대질환입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 자녀10대질환입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 ① 및 ②를 적용하여 자녀10대질환입원일당(4일이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 자녀10대질환입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“자녀10대질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “자녀10대질환”이라 함은 「자녀10대질환 분류표」(【별표38】자녀10대질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장감염, 결핵 및 결핵의 후유증, 수막염, 간질, 중이염, 급성 상기도염 및 하기도염, 폐렴, 천식, 위·십이지장궤양 및 염증, 탈장 및 장폐색을 말합니다.
- ② 위 ①의 자녀10대질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.)등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 자녀10대질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
- ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고

고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

- ④ 회사는 위 ②,③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

6. (보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 5.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

8. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적용한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 보통약관 24.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 아니합니다.

【 제 3장 상해 · 질병관련/기타특별약관 】

1. 5대장기이식수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 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. 이하 같습니다)로 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“5대장기이식수술”의 정의 및 진단확정)

“5대장기이식수술”이라 함은 장기 등 이식에 관한 법률에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다. 5대장기란 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자

격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

2. 각막이식수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에

진단확정된 질병 또는 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. 이하 같습니다)로 장기수혜자로서 각막이식수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“각막이식수술”의 정의 및 진단확정)

“각막이식수술”이라 함은 장기 등 이식에 관한 법률에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

4. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과 의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것),

천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

5. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

3. 중증치매진단비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 인해 3.(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증치매상태”로 진단확정되고 그날을 포함하여 90일 이상 “중증치매상태”가 계속되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 중증치매진단비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “중증치매상태”라 함은 「치매 분류표」(【별표 31】 치매 분류표 참조. 이하 같습니다)에 정한 치매로 진단확정되고, 이로 인하여 “인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 위 ①의 “인지기능의 장애”라 함은 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K, 1989년)의 결과가 19점 이하이고, 동시에 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- ③ “중증치매상태”의 발생시의 진단은 피보험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 합니다.
- ④ “중증치매상태”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

5. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중증치매진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

4. 유방절제수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 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. 이하 같습니다)의 직접적인 원인으로 유방절제수술(Total Mastectomy)을 받은 경우 **1회에 한하여** 이 특별약관 보험가입금액을 유방절제수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에

따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 피보험자(보험대상자)의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

4. (“유방절제수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “유방절제수술”이라 함은 「유방절제수술 분류표」(【별표32】 유방절제수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다.
- ② 단, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

5. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 유방절제수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

5. 인공관절수술비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 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. 이하 같습니다)의 직접적인 원인으로 인공관절수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관 보험가입금액을 인공관절수술비로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약

관에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- ① 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 피보험자(보험대상자)의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

4. (“인공관절수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “인공관절수술”이라 함은 다음과 같습니다.
 - ① 고관절(엉덩이관절), 슬관절 (무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 「인공적으로 만든 관절」(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 “인공관절”이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시키주는 “인공관절치환술”을 받은 경우
 - ② 손상된 골두를 제거하고 「인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두」(특수 소재를 사용한 인공적 골두로 이하 “인공골두”라 합니다)를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 회복시켜주는 “인공골두삽입술”을 받는 경우
- ② 위 ①에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다

5. (“수술”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포

함됩니다.)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

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

6. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

6. 소득상실유발특정상해·질병입원일당(1일이상) 특별약관

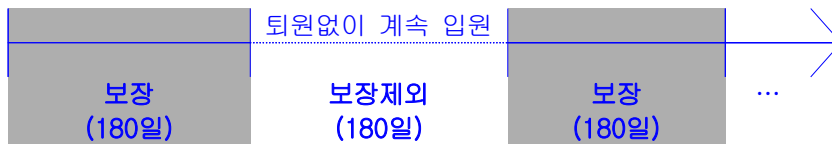
1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 3.(“소득상실유발 특정상해·질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “소득상실유발 특정상해·질병”으로 진단확정되고 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 소득상실유발 특정상해·질병입원일당(1일이상)으로 지급하여 드립니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 소득상실유발 특정상해·질병입원일당(1일이상) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이 전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일 수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.
- ③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 소득상실유발 특정상해·질병입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 소득상실유발 특정상해·질병입원일당(1일 이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 소득상실유발 특정상해·질병입원일당(1일 이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

소득상실유발특정상해·질병
최초입원일 입원일당(1일이상)이 보장재개
 지급된 최종입원일



- ④ 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 ① 내지 ③을 적용하여 소득상실유발 특정상해·질병입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 소득상실유발 특정상해·질병입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 위 ⑦의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)

회복)일을 위 7의 청약일로 하여 적용합니다

3. (“소득상실유발 특정상해·질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “소득상실유발 특정상해·질병”이라 함은 「소득상실유발 특정상해·질병 분류표」(【별표33】 소득상실유발 특정상해·질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정하는 상병 및 질병을 말합니다.
- ② 위 ①의 소득상실유발 특정상해·질병의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 소득상실유발 특정상해·질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

7. 갑스치료비 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족,

의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급하여 드립니다.

- ② 위 ①에서 “깁스(Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, “부목(Splint Cast)치료”는 제외합니다.
- ③ 위 ②에서 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 “깁스(Cast)치료”를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보장하여 드립니다.
- ② 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ③의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

8. 홀인원비용(깎때기홀제외)(정규홀, 실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 함) 중 골프장에서 골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 1회에 한하여 홀인원을 행한 날로부터 1개월(단, 축하라운드비용의 경우 3개월) 이내에 소요된 아래의 금액을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 홀인원비용(깎때기홀제외)으로 지급하여 드립니다.

- ① 증정용 기념품 구입비용. 단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
 - ㉠ 상품권등의 물품전표
 - ㉡ 선불카드(다만, 피보험자가 홀인원을 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상하여 드립니다)
- ② 축하만찬 비용
- ③ 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

2. (용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “골프장”이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재의 회원제골프장 및 정규대중골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장 및 회원제골프장 또는 정규대중골프장에 부속된 18홀 미만의 대중골프장은 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “골프경기”라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 본인을 제외한 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 아니합니다)과 기준타수(PAR) 72이상의 18홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다. 다만, 우천 등의 사유로 라운드가 중지되었을 경우에는 9홀 이상을 라운드 한 경우 골프경기로 인정합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “홀인원(Hole in One)”이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 “증정용 기념품 구입비용”이라 함은 홀인원을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 위 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 피보험자(보험대상자)라

함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.

- ② 위 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서의 “증정용 기념품구입비용”, “축하만찬비용” 및 “축하라운드 비용”의 보상액의 합계액은 가입금액을 한도로 합니다.
- ③ 위 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 휴인원비용(갈때기휴 제외)에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

4. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 피보험자(보험대상자)가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인을 포함합니다)인 경우에 그 피보험자(보험대상자)가 경영하는 또는 고용되고 있는 골프장에서 행한 휴인원
- ② 피보험자(보험대상자)가 갈때기 휴(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다)에서 행한 휴인원

5. (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 휴인원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다)
- ③ 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
- ④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
- ⑤ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

6. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 휴인원비용(갈때기휴제외)을 지급하는 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸

되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

9. 가족일상생활배상책임(실손) 특별약관

9-1. 가족일상생활배상책임(실손)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「아래에 열거한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 「타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기신체부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 “대인배상책임”이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 “대물배상책임”이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

- ① 「피보험자(보험대상자)가 살고 있는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택」(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

2. (피보험자(보험대상자)의 범위)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 피보험자(보험대상자)는 아래의 사람을 말합니다.
 - ① 「보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)」(이하 “피보험자(보험대상자) 본인”이라 합니다)
 - ② 피보험자(보험대상자) 본인의 배우자(이하 “배우자”라 합니다)
 - ③ 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
 - ④ 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 위 ①에서 피보험자(보험대상자) 본인과 피보험자(보험대상자) 본인 이외의 피보험자(보험대상자)와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자(보험대상자)가 13.(손해방지 의무) ①.①의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉡ 피보험자(보험대상자)가 13.(손해방지 의무) ①.②의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉢ 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - ㉣ 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - ㉤ 피보험자(보험대상자)가 14.(손해배상청구에 대한 회사의 해결) ② 및 ③의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

4. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ④ 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
- ⑥ 「핵연료 물질」(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑦ 위 ⑥ 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
- ⑧ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑨ 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑩ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
- ⑪ 피보험자(보험대상자)의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는

배상책임

- ⑫ 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
- ⑬ 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
- ⑭ 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
- ⑮ 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑯ 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑰ 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
- ⑱ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
- ㉑ 폭력행위로 인한 배상책임

5. (의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 16.(보험금의 분담)을 따릅니다.
- ② 위 ①의 의무보험은 피보험자(보험대상자)가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자(보험대상자)가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 위 ①의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

6. (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 대인배상책임은 없는 것으로 하고, 대물배상책임은 20만원으로 합니다.

- ① 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ①의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
- ② 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉠, ㉡ 또는 ㉢의 비용 : 피보험자(보험대상자)가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
- ③ 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉣ 또는 ㉤의 비용 : 이 비용과 위 ①에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

7. (계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 - ① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - ② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - ③ 위 ① 및 ② 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 위 ①에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

8. (특별약관의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에만 하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 보통약관 23.(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - ② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 7.(계약후 알릴 의무)에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ④ 위 ③.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 - ③ 계약체결일로부터 3년이 지났을 때
 - ④ 「보험을 모집한 자」(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지

않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

- ⑤ 위 ③에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니합니다. 그러나 손해가 위 ③.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전,후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

9. (타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

10. (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

11. (양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

12. (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - ① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 - ② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 - ③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 위 ①의 ① 내지 ③의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 위 ①.③의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

13. (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
- ① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 - ② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - ③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 위 ①의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 3.(보험금 지급에 관한 세부 규정)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
- ① 위 ①.①의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - ② 위 ①.②의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - ③ 위 ①.③의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

14. (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사는 위 ①의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자(보험대상자) 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 위 ② 및 ③의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

15. (보험금의 지급)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - ③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
 - ④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류
- ② 회사는 위 ①에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보보험금으로 지급합니다
- ③ 회사는 위 ②의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

16. (보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 「보상책임액의 위의 합계액」(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.
- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자(보험대상자)가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 ①에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 ①에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

17. (사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

18. (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 - ② 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 위 ①에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

19. (조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자(보험대상자)의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자(보험대상자)에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 위 ①에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자(보험대상자)의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

20. (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 위 ①의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 위 ①의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 위 ①의 절차를 대행하지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입 금액을 명백하게 초과하는 때
 - ② 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때

- ⑤ 회사가 위 ①의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

21. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

22. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

9-2. 가족일상생활배상책임(실손) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「아래에 열거한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 「타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기신체부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 “대인배상책임”이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 “대물배상책임”이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

- ① 「피보험자(보험대상자)가 살고 있는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택」(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

2. (피보험자(보험대상자)의 범위)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에서 피보험자(보험대상자)는 아래의 사람을 말합니다.
- ① 「보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)」(이하 “피보험자(보험대상자) 본인”이라 합니다)
 - ② 피보험자(보험대상자) 본인의 배우자(이하 “배우자”라 합니다)
 - ③ 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
 - ④ 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 위 ①에서 피보험자(보험대상자) 본인과 피보험자(보험대상자) 본인 이외의 피보험자(보험대상자)와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자(보험대상자)가 13.(손해방지 의무) ①.①의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉡ 피보험자(보험대상자)가 13.(손해방지 의무) ①.②의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉢ 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - ㉣ 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - ㉤ 피보험자(보험대상자)가 14.(손해배상청구에 대한 회사의 해결) ② 및 ③의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

4. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ④ 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나

객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.

- ⑤ 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
- ⑥ 「핵연료 물질」(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑦ 위 ⑥ 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
- ⑧ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑨ 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑩ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
- ⑪ 피보험자(보험대상자)의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
- ⑫ 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
- ⑬ 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
- ⑭ 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
- ⑮ 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑯ 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑰ 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
- ⑱ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
- ⑲ 폭력행위로 인한 배상책임

5. (의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 16.(보험금의 분담)을 따릅니다.
- ② 위 ①의 의무보험은 피보험자(보험대상자)가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자(보험대상자)가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 위 ①의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

6. (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 대인배상책임은 없는 것으로 하고, 대물배상책임은 20만원으로 합니다.

- ① 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ①의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
- ② 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉠, ㉡ 또는 ㉢의 비용 : 피보험자(보험대상자)가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
- ③ 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉡ 또는 ㉢의 비용 : 이 비용과 위 ①에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

7. (계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 - ① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - ② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - ③ 위 ① 및 ② 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 위 ①에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

8. (특별약관의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에만 하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 보통약관 23.(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - ② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 7.(계약후 알릴 의무)에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

- ④ 위 ③.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
- ① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 - ③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 - ④ 「보험을 모집한 자」(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ⑤ 위 ③에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니합니다. 그러나 손해가 위 ③.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전,후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

9. (타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

10. (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

11. (양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여

생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

12. (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - ① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 - ② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 - ③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 위 ①의 ① 내지 ③의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 위 ①.③의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

13. (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 - ① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 - ② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - ③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 위 ①의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 3.(보험금 지급에 관한 세부규정)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - ① 위 ①.①의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - ② 위 ①.②의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - ③ 위 ①.③의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

14. (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자

에게 대항할 수 있습니다.

- ② 회사는 위 ①의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자(보험대상자) 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 위 ② 및 ③의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

15. (보험금의 지급)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - ③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
 - ④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류
- ② 회사는 위 ①에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급적 보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 위 ②의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

16. (보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 「보상책임액의 위의 합계액」(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.
- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다

른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자(보험대상자)가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 ①에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

- ③ 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 ①에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

17. (사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

18. (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ① 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 - ② 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 위 ①에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

19. (조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자(보험대상자)의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자(보험대상자)에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 위 ①에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자(보험대상자)의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

20. (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재

또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

- ② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 위 ①의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 위 ①의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 위 ①의 절차를 대행하지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입 금액을 명백하게 초과하는 때
 - ② 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때
- ⑤ 회사가 위 ①의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

21. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

22. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는

갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

23. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 21.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
- ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
- ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

24. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

25. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

10. 상해·질병구직급여지원금(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된 질병 또는 부상으로 피보험자(보험대상자)가 고용보험법시행규칙 제101조 제2항 관련 별표2의9의 사유로 정당한 실업상대가 된 후 「고용보험법」(이하 “법”이라 합니다)에서 정한 고용보험의 법적요건을 충족하여 구직급여 수급자격을 인정받고, 실업인정기간에 대하여 구직급여를 수령한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해·질병구직급여지원금으로 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분		지급금액
구직급여 수령시	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
구직급여수령시	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

【고용보험법시행규칙 제101조 제2항 관련 별표2의9의 사유】

체력의 부족, 심신장애, 질병, 부상, 시력·청력·촉각의 감퇴 등으로 피보험자가 주어진 업무를 수행하는 것이 곤란하고, 기업의 사정상 업무종류의 전환이나 휴직이 허용되지 않아 이직한 것이 의사의 소견, 사업주 의견 등에 근거하여 객관적으로 인정되는 경우

2. (피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자(보험대상자)는 아래 각 호에 모두 해당되는 자로 합니다.

- ① 법제2조제1호에 의한 고용보험의 피보험자란에 기재된 자로써 180일 이상 근무한 자
- ② 보험증권(보험가입증서)에 피보험자로 기재된 자

3. (“구직급여”의 정의)

이 특별약관에서 “구직급여”라 함은 법 제37조 1항을 의미한다.

4. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 12.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 법에서 정한 허위 기타 부정한 방법으로 구직급여를 수령한 것으로 판명된 경우에는 회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니하며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 고용보험수급자격증, 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 장(長) 발행)
- ③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 병가신청서

- ⑤ 의사소견서(상해, 질병으로 인하여 고용업체에서의 업무수행이 더 이상 불가능하다는 소견서)
- ⑥ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 실업한 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입 연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 상해·질병구직급여지원금에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날입니다.

9. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)를 발행하지 아니합니다.

10. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

11. (보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 9.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

12. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

11. 구직급여일당(1일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「고용보험법」(이하 “법”이라 합니다)에서 정한 고용보험의 법적요건을 충족하여 구직급여 수급자격을 인정받고, 실업인정기간에 대하여 구직급여를 1일 이상 계속 수령한 경우에는 구직급여를 수령한 첫날부터 수령1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 구직급여일당(1일이상)으로 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분		지급금액
구직급여 수령시 (1일이상)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
구직급여수령시(1일이상)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

2. (피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자(보험대상자)는 아래 각 호에 모두 해당되는 자로 합니다.

- ① 법제2조제1호에 의한 고용보험의 피보험자란에 기재된 자로써 180일 이상 근무한 자
- ② 보험증권(보험가입증서)에 피보험자로 기재된 자

3. (“구직급여”의 정의)

이 특별약관에서 “구직급여”라 함은 법 제37조 1항을 의미한다.

4. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 구직급여일당(1일이상) 지급일수는 매 구직급여를 수령할 때마다 90일을 한도로 합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 구직급여 수급이 종료된 후 재취업하여 법에서 정한 구직급여 수급자격을 다시 인정받아 구직급여를 수령할 경우에는 이를 새로운 구직급여의 수급으로 보아 1.(보험금의 종류 및 지급사유) 및

①을 적용합니다.

- ③ 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 구직급여를 수령하던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 계속 중인 구직급여 수령기간에 대하여는 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 구직급여일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.

5. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 법에서 정한 허위 기타 부정한 방법으로 구직급여를 수령한 것으로 판명된 경우에는 회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 더 이상 지급하지 아니하며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 고용보험수급자격증, 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 장(長) 발행)
- ③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 실업한 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입 연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 구직급여일당(1일이상)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날입니다.

9. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회

- 사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)를 발행하지 아니합니다.

10. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용 하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

11. (보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 9.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체 납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
 - ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하

여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

12. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

12. 장기구직급여지원금(31/61/91일이상) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「고용보험법」(이하 “법”이라 합니다)에서 정한 고용보험의 법적요건을 충족하여 구직급여 수급자격을 인정받고, 실업인정기간에 대하여 구직급여를 31일이상 계속 수령한 경우에는 아래 기준에 따라 이 특별약관의 보험가입금액을 장기구직급여지원금(31/61/91일이상)으로 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구 분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
31일~60일 구직급여 수령시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
61일~90일 구직급여 수령시	이 특별약관 보험가입금액의 50% 추가지급	이 특별약관 보험가입금액의 100% 추가지급
91일 이상 구직급여 수령시	이 특별약관 보험가입금액의 50% 추가지급	이 특별약관 보험가입금액의 100% 추가지급

단, 보험계약일로부터 1년의 판단은 구직급여를 계속 수령한지 31일째, 61일째, 91일째 해당일을 기준으로 합니다.

② 갱신계약의 경우

구 분	지급금액
31일~60일 구직급여수령시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
61일~90일 구직급여수령시	이 특별약관 보험가입금액의 100% 추가지급
91일 이상 구직급여수령시	이 특별약관 보험가입금액의 100% 추가지급

② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

2. (피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자(보험대상자)는 아래 각 호에 모두 해당되는 자로 합니다.

- ① 법제2조제1호에 의한 고용보험의 피보험자란에 기재된 자로서 180일 이상 근무한 자
- ② 보험증권(보험가입증서)에 피보험자로 기재된 자

3. (“구직급여”의 정의)

이 특별약관에서 “구직급여”라 함은 법 제37조1항을 의미한다.

4. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자가 구직급여 수급이 종료된 후 재취업하여 법에서 정한 구직급여 수급자격을 다시 인정받아 구직급여를 수령할 경우에는 이를 새로운 구직급여의 수급으로 보아 1.(보험금의 종류 및 지급사유)을 다시 적용합니다.
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 구직급여를 수령하던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 계속 중인 구직급여 수령기간에 대하여는 위 ① 및 1.(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 장기구직급여금(31/61/91일이상)을 보장하여 드립니다.

5. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 법에서 정한 허위 기타 부정한 방법으로 구직급여를 수령한 것으로 판명된 경우에는 회사는 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 더 이상 지급하지 아니하며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 고용보험수급자격증, 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 장

(長) 발행)

- ③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 실업한 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 13.(보험료의 납입 연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 장기구직급여지원금(31/61/91일이상)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날입니다.

9. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

10. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

11. (보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 9.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

12. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

13. 자녀만의배상책임(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「아래에 열거한 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 「신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 장애를 일으켜 피보험자(보험대상자) 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자(보험대상자)의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임」(이하 “대인배상책임”이라 합니다)을 부담하거나 「재물의 손해를 일으켜 피보험자(보험대상자) 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자(보험대상자)의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임」(이하 “대물배상책임”이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

- ① 「피보험자(보험대상자)가 살고 있는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택」(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자(보험대상자)가 12.(손해방지 의무) ①.①의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉡ 피보험자(보험대상자)가 12.(손해방지 의무) ①.②의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉢ 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - ㉣ 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - ㉤ 피보험자(보험대상자)가 13.(손해배상청구에 대한 회사의 해결) ② 및 ③의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ④ 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
- ⑤ 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
- ⑥ 「핵연료 물질」(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑦ 위 ⑥ 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
- ⑧ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑨ 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑩ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
- ⑪ 피보험자(보험대상자)와 동거하는 친족에 대한 배상책임
- ⑫ 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
- ⑬ 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑭ 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑮ 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

4. (의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 15.(보험금의 부담)을 따릅니다.
- ② 위 ①의 의무보험은 피보험자(보험대상자)가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자(보험대상자)가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 위 ①의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

5. (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경

우 자기부담금은 대인배상책임은 없는 것으로 하고, 대물배상책임은 20만원으로 합니다.

- ① 2.(보험금지급에 관한 세부규정) ①의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
- ② 2.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉓, ㉔ 또는 ㉕의 비용 : 피보험자(보험대상자)가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
- ③ 2.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉔ 또는 ㉕의 비용 : 이 비용과 위 ①에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

6. (계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 - ① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - ② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - ③ 위 ① 및 ② 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 위 ①에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

7. (특별약관의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 보통약관 23.(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - ② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 6.(계약후 알릴 의무)에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ④ 위 ③.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
- ③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때
- ④ 「보험을 모집한 자」(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ⑤ 위 ③에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니합니다. 그러나 손해가 위 ③.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전,후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

8. (타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

9. (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

10. (양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서

에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

11. (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - ① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 - ② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 - ③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 위 ①의 ① 내지 ③의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 위 ①.③의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

12. (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 - ① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 - ② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보존 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - ③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 위 ①의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 2.(보험금 지급에 관한 세부 규정)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - ① 위 ①.①의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - ② 위 ①.②의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - ③ 위 ①.③의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

13. (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사는 위 ①의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자(보험

대상자) 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

- ③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 위 ② 및 ③의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

14. (보험금의 지급)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - ③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
 - ④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류
- ② 회사는 위 ①에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 위 ②의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

15. (보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 「보상책임액의 위의 합계액」(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.
- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자(보험대상자)가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 ①에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

- ③ 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 ①에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

16. (사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

17. (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ① 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
- ② 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 위 ①에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

18. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
- ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ②,③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

19. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임

준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.

- ② 계약자는 18.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.

① 보통약관의 보험료 납입기간 중:

갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

20. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

21. (조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자(보험대상자)의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자(보험대상자)에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 위 ①에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기

간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자(보험대상자)의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

22. (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 위 ①의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 위 ①의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 위 ①의 절차를 대행하지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입 금액을 명백하게 초과하는 때
 - ② 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때
- ⑤ 회사가 위 ①의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 비율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

23. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

24. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

【 제 4장 부양자관련 특별약관 】

1. 엄마상해사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특별약관은 피보험자(보험대상자)로 될 자가 계약 체결시에 「출생전자녀」(이하 “태아”라 합니다)인 경우, 태아의 산모로서 보험증권(보험가입증서)에 기재된 자를 피보험자(보험대상자)로 합니다.

2. (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중 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. 이하 같습니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 이 특별약관의 보험가입금액을 엄마상해사망보험금으로 지급합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

2.(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

5. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

6. (갱신계약의 보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초계약(갱신전 계약) 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 4.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :
갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 담보는 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관 및 계약의 소멸)

- ① 3.(보험금의 종류 및 지급사유)의 임마상해사망보험금을 지급한 경우에 이 담보는 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

- ③ 위 ①이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

【 제 5장 운전자비용관련 특별약관 】

1. 벌금(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1 사고당 2,000만원을 한도로 지급하여 드립니다.
- ② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

위 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ① 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
- ② 피보험자(보험대상자)가 사고를 일으키고 도주하였을 때
- ③ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

2. 자동차사고 변호사선임비용(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 “변호사선임비용”이라 합니다.)를 『1 사고』마다 이 특별약관의 가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 위 ①의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ③ 위 ①의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 『6종 건설기계』라

합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로서만 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

- ④ 위 ①의 『자동차를 운전하던 중』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑤ 위 ①의 『1사고』 라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자(보험대상자)가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
- ⑥ 위 ①에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - ② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
 - ③ 계약자의 고의
 - ④ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
 - ② 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 - ③ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

3. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 보험금을 청구할

때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
- ③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)는 적용하지 아니합니다.

3. 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

3-1. 자가용운전자 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 “피해자”라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
 - ① 피해자를 사망하게 한 경우
 - ② “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
 - ③ “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제

1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 「공소제기」(이하 “기소”라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표 7】 자동차사고 부상등급표 참조)을 입힌 경우

- ② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.①의 경우 : 3천만원
 ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.②의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

- ③ 1. (보험금의 종류 및 지급사유) ①. ③의 경우 : 3천만원

- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표34】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.
- ③ 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.
- ④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 ①의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서
(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급
확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 보험금 지급사유에 대해서는 보장하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 고의
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

4. (보험금의 비례분담)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 ②에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{형사합의금} \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

3-2. 영업용운전자 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 “사고”라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 “피해자”라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

① 피해자를 사망하게 한 경우

② “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

③ “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표 7】 자동차사고 부상등급표 참조)을 입힌 경우

② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 ①.①의 경우 : 3천만원
- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 ①.②의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

③ 1. (보험금의 종류 및 지급사유)의 ①. ③의 경우 : 3천만원

② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표34】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

③ 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 ①의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서 (단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 보험금 지급사유에 대해서는 보장하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 고의
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

4. (보험금의 비례분담)

① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 형사합의금에 대하여 교통

사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 [2]에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

- [2] 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{형사합의금} \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

5. (특별약관의 소멸)

- [1] 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- [2] 위 [1]에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- [3] 위 [2]의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

4. 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관

4-1. 자가용운전자 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- [1] 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 “사고”라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 “피해자”라 합니다)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 중상해교통사고처리지원금으로

피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

- ① “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 「공소제기」(이하 “기소”라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표 7】 자동차사고 부상등급표)을 입힌 경우
- ② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 위 ①의 중상해 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.
- ⑤ 위 ①에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.
- ⑥ 위 ⑤에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표34】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.
- ⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 ④의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑧ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 - ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
 - ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 - ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
 - ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 보험금 지급사유에 대해서는 보장하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 고의
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

3. (보험금의 비례분담)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 ②에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =

형사합의금 ×

각 계약별 보상책임액

각 계약별 보상책임액의 합계액

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

4-2. 영업용운전자 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 “사고”라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 “피해자”라 합니다)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 중상해교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
 - ① “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 「공소제기」(이하 “기소”라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표 7】자동차사고 부상등급표 참조)을 입힌 경우
 - ② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
 - ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
 - ④ 위 ①의 중상해 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.
 - ⑤ 위 ①에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.
 - ⑥ 위 ⑤에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표34】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.
 - ⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 ④의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
 - ⑧ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서
(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급
확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 보험금 지급사유에 대해서는 보장하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 고의
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

3. (보험금의 비례분담)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 형사합의금에 대하여 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 ②에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{형사합의금} \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되

는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

5. 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

5-1. 자가용운전자 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 “피해자”라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 중상해제외 교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
 - ① 피해자를 사망하게 한 경우
 - ② “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
- ② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 중상해제외 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.
 - ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.①의 경우 : 3천만원

② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①.②의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표34】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.
- ③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 ①의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 - ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서 (단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
 - ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 - ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
 - ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 보험금 지급사유에 대해서는 보장하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 고의
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

4. (보험금의 비례분담)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 ②에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

5-2. 영업용운전자 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 “사고”라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 “피해자”라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 중상해제외 교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
 - ① 피해자를 사망하게 한 경우
 - ② “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
- ② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동

차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 중상해제외 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 ①.①의 경우 : 3천만원
② 1.(보험금의 종류 및 지급사유)의 ①.②의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

- ② 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표34】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

- ③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 ①의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

- ④ 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 보험금 지급사유에 대해서는 보장하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)의 고의
② 계약자의 고의
③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
⑤ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

4. (보험금의 비례분담)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니

다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 [2]에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

- [2] 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{형사합의금} \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

5. (특별약관의 소멸)

- [1] 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- [2] 위 [1]에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- [3] 위 [2]의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

6. 면허정지일당(영업용) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- [1] 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차 운전면허가 행정 처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 이 특별약관에서 정한 일당액을 면허정지일당으로 1사고마다 지급하여 드립니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지일당을 지급하지 아니합니다.

- ② 위 ①에서 면허정지기간이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우를 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ④ 위 ① 및 ③에서에서 자동차라함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ① 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
- ② 피보험자(보험대상자)가 사고를 일으키고 도주하였을 때
- ③ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

7. 면허취소보험금(영업용) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소보험금으로 1사고마다 지급하여 드립니다.
- ② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기」(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ① 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
- ② 피보험자(보험대상자)가 사고를 일으키고 도주하였을 때
- ③ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

3. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니하며, 보통약관 16.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 아니합니다.

8. 자전거사고처리지원금(타인사망시)(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자전거사고로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 “피해자”라 합니다)를 사망하게 하였을 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 자전거사고처리지원금(타인사망시)으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 위 ①에서 “자전거를 운전하던 중”이라 함은 피보험자(보험대상자)가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ①에서 자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제16항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 자전거사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.
- ② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 ①의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 - ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
 - ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 - ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
 - ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 보험금 지급사유에 대해서는 보장하여 드리지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)의 고의
 - ② 계약자의 고의
 - ③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
 - ④ 피보험자(보험대상자)가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안에 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 드리지 아니합니다.

4. (보험금의 비례분담)

- ① 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 형사합의금에 대하여 자전거사고처리지원금(사망)을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 ②에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}} \times \text{형사합의금}$

5. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 아니합니다.

9. 자전거벌금(실손) 특별약관

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「자전거를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자전거 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1 사고당 2,000만원을 한도로 지급하여 드립니다.
- ② 위 ①에서 “자전거를 운전하던 중”이라 함은 피보험자(보험대상자)가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 ①에서 자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제16항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

위 1.(보험금의 종류 및 지급사유) ①의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

3. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 보통약관 17.(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ① 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)가 사고를 일으키고 도주하였을 때
 - ② 피보험자(보험대상자)가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안에 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 드리지 아니합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기

간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 위 ②의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 26.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 18.(만기환급금의 지급)의 만기환급금은 지급하지 않습니다.

416p

제 3절

실손의료비(3년만기자동갱신)
특별약관

418P

<실손의료비(3년만기자동갱신 특별약관)>

실손의료비 특별약관은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 특별약관입니다

제1관 일반사항

1. (담보종목)

- ① 회사가 판매하는 실손의료비 특별약관은 신상해입원형, 상해통원형, 신질병입원형, 질병통원형, 신종합(상해와 질병을 말합니다)입원형, 종합통원형 등 총 6개의 담보종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 6개 담보종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

담보 종목	보상하는 내용
<u>신상해 입원</u>	<u>피보험자(보험대상자)</u> 가 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
<u>상해통원</u>	<u>피보험자(보험대상자)</u> 가 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>약제(처방조제)</u> 를 받은 경우에 보상
<u>신질병 입원</u>	<u>피보험자(보험대상자)</u> 가 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
<u>질병통원</u>	<u>피보험자(보험대상자)</u> 가 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>약제(처방조제)</u> 를 받은 경우에 보상
<u>신종합 입원</u>	<u>피보험자(보험대상자)</u> 가 <u>상해</u> 또는 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
<u>종합통원</u>	<u>피보험자(보험대상자)</u> 가 <u>상해</u> 또는 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>약제(처방조제)</u> 를 받은 경우에 보상

- ② 회사는 이 약관의 명칭에 ‘실손의료비’ 문구를 포함하여 사용합니다.

2. (용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임>과 같으며 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

3. (담보종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하는 사항																								
(1) 신상해 입원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. <table><tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr><tr><td>입원실료 입원제비용 입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의 료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 <u>계약해당일</u>로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr><tr><td>상급병실료 차액</td><td><u>입원시</u> 실제 사용병실과 <u>기준병실</u>과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액 은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u>로 나누어 산출합니다)</td></tr></table>	구 분	보상금액	입원실료 입원제비용 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의 료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 <u>계약해당일</u> 로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)	상급병실료 차액	<u>입원시</u> 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액 은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)																		
	구 분	보상금액																							
입원실료 입원제비용 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의 료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 <u>계약해당일</u> 로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)																								
상급병실료 차액	<u>입원시</u> 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액 은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)																								
	② 위 ①의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게 도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독 증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상 습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증 상은 이에 포함되지 아니합니다. ③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급 여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정 한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차 를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나 의 상해당 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. ④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받 는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원 의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아 래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다. <보상기간 예시> <table><tr><td colspan="2">보상대상기간 (365일)</td><td colspan="2">보상제외 (90일)</td><td colspan="2">보상대상기간 (365일)</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>계약일 (2010.1.1)</td><td>최초입원일 (2010.3.1)</td><td>(2011.2.28) 2011.3.1. 부터</td><td>(2011.5.29) 2011.5.30.부터</td><td>(2012.5.29) 2012.5.30. 부터</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>보상제외</td><td>보상재개</td><td>보상제외</td><td></td></tr></table>	보상대상기간 (365일)		보상제외 (90일)		보상대상기간 (365일)		↑	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (2010.1.1)	최초입원일 (2010.3.1)	(2011.2.28) 2011.3.1. 부터	(2011.5.29) 2011.5.30.부터	(2012.5.29) 2012.5.30. 부터				보상제외	보상재개	보상제외	
보상대상기간 (365일)		보상제외 (90일)		보상대상기간 (365일)																					
↑	↑	↑	↑	↑	↑																				
계약일 (2010.1.1)	최초입원일 (2010.3.1)	(2011.2.28) 2011.3.1. 부터	(2011.5.29) 2011.5.30.부터	(2012.5.29) 2012.5.30. 부터																					
		보상제외	보상재개	보상제외																					

담보 종목	보상하는 사항																			
(1) 신상해 입원	[5] 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 위 [4]는 적용하지 아니합니다. [6] 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.																			
	[1] 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래의료비(외래제비용, 외래수술비) 및 약제의료비(처방조제비)를 각각 보상하여 드립니다. <table><tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr><tr><td>외래 의료비</td><td>방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여</u>법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의료비 보험가입금액을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u>로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr><tr><td>약제 의료비 (처방 조제비)</td><td>처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여</u>법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 약제의료비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u>로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr></table> < 표1 항목별 공제금액 > <table><tr><th>구 분</th><th>항 목</th><th>공제 금액</th></tr><tr><td rowspan="3">외래의료비 (<u>외래제비용</u> 및 <u>외래수술비</u> 합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과 의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건지소, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건지소를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr><tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 <u>병원</u>, 치과 병원, 한방병원, 요양병원 및 종합병원</td><td>1만 5천원</td></tr><tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원</td></tr><tr><td>약제의료비 (<u>처방 조제비</u>)</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 <u>약국</u>, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(<u>의사</u>의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 <u>약사</u>의 직접조제 1건당)</td><td>8천원</td></tr></table>		구분	보 상 한 도	외래 의료비	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여</u> 법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의료비 보험가입금액을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 방문 180회 한도)	약제 의료비 (처방 조제비)	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여</u> 법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 약제의료비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 처방전 180건 한도)	구 분	항 목	공제 금액	외래의료비 (<u>외래제비용</u> 및 <u>외래수술비</u> 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과 의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건지소, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건지소를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 <u>병원</u> , 치과 병원, 한방병원, 요양병원 및 종합병원	1만 5천원	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원	약제의료비 (<u>처방 조제비</u>)	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 <u>약국</u> , 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(<u>의사</u> 의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 <u>약사</u> 의 직접조제 1건당)
구분	보 상 한 도																			
외래 의료비	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여</u> 법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의료비 보험가입금액을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 방문 180회 한도)																			
약제 의료비 (처방 조제비)	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여</u> 법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 약제의료비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 처방전 180건 한도)																			
구 분	항 목	공제 금액																		
외래의료비 (<u>외래제비용</u> 및 <u>외래수술비</u> 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과 의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건지소, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건지소를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원																		
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 <u>병원</u> , 치과 병원, 한방병원, 요양병원 및 종합병원	1만 5천원																		
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원																		
약제의료비 (<u>처방 조제비</u>)	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 <u>약국</u> , 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(<u>의사</u> 의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 <u>약사</u> 의 직접조제 1건당)	8천원																		
(2) 상해 통원																				

담보 종목	보상하는 사항												
(2) 상해 통원	② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래의료비는 방문 90회, 약제의료비(처방조제비)는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. <보상기간 예시> <table> <tr> <th>보상대상 기간 (1년)</th> <th>보상대상 기간 (1년)</th> <th>보상대상 기간 (1년)</th> <th>추가보상 (180일)</th> </tr> <tr> <td>↑ 계약일 (2010.1.1)</td> <td>↑ 계약해당일 (2011.1.1)</td> <td>↑ 계약해당일 (2012.1.1)</td> <td>↑ 보험기간종료일 (2012.12.31)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>↑ 보상종료 (2013.6.29.)</td> </tr> </table> ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래의료비 및 1건의 약제의료비(처방조제비)로 간주하여 위 ① 및 ②를 적용합니다. 의료기관을 중복 방문한 경우에는 의료기관중 가장 높은 공제금액을 1회만 공제합니다.	보상대상 기간 (1년)	보상대상 기간 (1년)	보상대상 기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간종료일 (2012.12.31)				↑ 보상종료 (2013.6.29.)
	보상대상 기간 (1년)	보상대상 기간 (1년)	보상대상 기간 (1년)	추가보상 (180일)									
	↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간종료일 (2012.12.31)									
				↑ 보상종료 (2013.6.29.)									
	<중복방문으로 인한 공제금액 예시> 동일 상해로 하루에 의원 및 종합전문요양기관 중복 방문시 : 2만원 공제 동일 상해로 하루에 병원 및 종합전문요양기관 중복 방문시 : 2만원 공제 동일 상해로 하루에 의원, 병원 및 종합전문요양기관 중복 방문시 : 2만원 공제												
④ 위 ①의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.													
⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의료비 및 약제의료비(처방조제비) 각각의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.													
⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복지													

담보 종목	보상하는 사항						
	후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.						
(3) 신질병 입원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. <table border="1" data-bbox="478 656 1212 1120"> <thead> <tr> <th data-bbox="478 656 639 701">구 분</th><th data-bbox="639 656 1212 701">보상금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="478 701 639 947">입원실료, 입원제비용 입원수술비</td><td data-bbox="639 701 1212 947">‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr> <tr> <td data-bbox="478 947 639 1120">상급병실료 차액</td><td data-bbox="639 947 1212 1120">입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr> </tbody> </table> ② 위 ①의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다. ③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. ④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.	구 분	보상금액	입원실료, 입원제비용 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
구 분	보상금액						
입원실료, 입원제비용 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)						
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)						

담보 종목	보상하는 사항
(3) 신질환 입원	<보상기간 예시> ⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 위 ④는 적용하지 아니합니다. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다. ⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다. ⑧ 위 ②에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑨ 위 ⑧의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 15.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑩ 16.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑧의 청약일로 하여 적용합니다.
(4) 질병 통원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래의료비(외래제비용, 외래수술비) 및 약제의료비(처방조제비)를 각각 보상하여 드립니다.

담보 종목	보상하는 사항								
(4) 질병 통원	<보상기간 예시> <table><tr><th>보상대상 기간 (1년)</th><th>보상대상 기간 (1년)</th><th>보상대상 기간 (1년)</th><th>추가보상 (180일)</th></tr><tr><td>계약일 (2010.1.1)</td><td>계약해당일 (2011.1.1)</td><td>계약해당일 (2012.1.1)</td><td>보험기간종료일 (2012.12.31) 보상종료 (2013.6.29)</td></tr></table> ③ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통(하2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래의료비 및 1건의 약제의료비(처방조제비)로 간주하여 위 ① 및 ②를 적용합니다. 의료기관을 중복 방문(하경우에는 의료기관중 가장 높은 공제금액을 1회만 공제합니다. <중복방문으로 인한 공제금액 예시> 동일 질병으로 하루에 의원 및 종합전문요양기관 중복 방문시 : 2만원 공제 동일 질병으로 하루에 병원 및 종합전문요양기관 중복 방문시 : 2만원 공제 동일 질병으로 하루에 의원, 병원 및 종합전문요양기관 중복 방문시 : 2만원 공제 ④ 위 ①의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다. ⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 약제비(처방조제비) 각각의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다. ⑦ 위 ④에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외)	보상대상 기간 (1년)	보상대상 기간 (1년)	보상대상 기간 (1년)	추가보상 (180일)	계약일 (2010.1.1)	계약해당일 (2011.1.1)	계약해당일 (2012.1.1)	보험기간종료일 (2012.12.31) 보상종료 (2013.6.29)
	보상대상 기간 (1년)	보상대상 기간 (1년)	보상대상 기간 (1년)	추가보상 (180일)					
	계약일 (2010.1.1)	계약해당일 (2011.1.1)	계약해당일 (2012.1.1)	보험기간종료일 (2012.12.31) 보상종료 (2013.6.29)					

담보 종목	보상하는 사항						
	또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑧ 위 ⑦의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 15.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑨ 16.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ⑦의 청약일로 하여 적용합니다.						
(5) 신중합 입원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료를 다음과 같이 하나의 상해당, 질병당 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. <table border="1" data-bbox="478 913 1236 1355"> <thead> <tr> <th data-bbox="478 913 643 958">구 분</th><th data-bbox="643 913 1236 958">보상금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="478 958 643 1171">입원실료 입원제비용 입원수술비</td><td data-bbox="643 958 1236 1171">‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr> <tr> <td data-bbox="478 1171 643 1355">상급병실료 차액</td><td data-bbox="643 1171 1236 1355">입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u>과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr> </tbody> </table> ② 위 ①의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다. ③ 위 ①의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다. ④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당, 질병당 각각 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.	구 분	보상금액	입원실료 입원제비용 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
구 분	보상금액						
입원실료 입원제비용 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)						
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)						

담보 종목	보상하는 사항															
(5) 신종합 입원	⑤ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다. <보상기간 예시> <table><tr><td style="border: 1px dashed black; width: 15%;"></td><td style="border: 1px dashed black; width: 15%; text-align: center;">보상대상기간 (365일)</td><td style="border: 1px dashed black; width: 15%; text-align: center;">보상제외 (90일)</td><td style="border: 1px dashed black; width: 15%; text-align: center;">보상대상기간 (365일)</td><td style="border: 1px dashed black; width: 15%;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">↑</td><td style="text-align: center;">↑</td><td style="text-align: center;">↑</td><td style="text-align: center;">↑</td><td style="text-align: center;">↑</td></tr><tr><td style="text-align: center;">계약일 (2010.1.1)</td><td style="text-align: center;">최초입원일 (2010.3.1)</td><td style="text-align: center;">(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외</td><td style="text-align: center;">(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개</td><td style="text-align: center;">(2012.5.29) 2012.5.30. 부터보상제외</td></tr></table>		보상대상기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)		↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (2010.1.1)	최초입원일 (2010.3.1)	(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외	(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개	(2012.5.29) 2012.5.30. 부터보상제외
		보상대상기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)												
	↑	↑	↑	↑	↑											
	계약일 (2010.1.1)	최초입원일 (2010.3.1)	(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외	(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개	(2012.5.29) 2012.5.30. 부터보상제외											
	⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 위 ⑤는 적용하지 아니합니다.															
	⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.															
	⑧ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.															
	⑨ 위 ③에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.															
	⑩ 위 ⑨의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 15.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.															

담보 종목	보상하는 사항												
(6) 종합 통원	② 위 ①의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독 증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다. ③ 위 ①의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다. ④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 약제비(처방조제비) 각각의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. ⑤ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래의료비는 방문 90회, 약제의료비(처방조제비)는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. <보상기간 예시> <table><tr><th>보상대상기간 (1년)</th><th>보상대상기간 (1년)</th><th>보상대상기간 (1년)</th><th>추가보상 (180일)</th></tr><tr><td>↑ 계약일 (2010.1.1)</td><td>↑ 계약해당일 (2011.1.1)</td><td>↑ 계약해당일 (2012.1.1)</td><td>↑ 보험기간종료일 (2012.12.31)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>↑ 보상종료 (2013.6.29)</td></tr></table> ⑥ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 약제(처방조제)로 간주하여 위 ① 및 ⑤를 적용합니다. 의료기관을 중복 방문한 경우에는 의료기관중 가장 높은 공제금액을 1회만 공제합니다.	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간종료일 (2012.12.31)				↑ 보상종료 (2013.6.29)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)									
↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간종료일 (2012.12.31)										
			↑ 보상종료 (2013.6.29)										

담보 종목	보상하는 사항
(6) 종합 통원	<중복방문으로 인한 공제금액 예시> 동일 상해 또는 질병으로 하루에 의원 및 종합전문요양기관 중복 방문시 : 2만원 공제 동일 상해 또는 질병으로 하루에 병원 및 종합전문요양기관 중복 방문시 : 2만원 공제 동일 상해 또는 질병으로 하루에 의원, 병원 및 종합전문요양 기관 중복 방문시 : 2만원 공제 [7] 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생 제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다. [8] 위 [3]에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병 이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. [9] 위 [8]의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 15.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해 지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말 합니다. [10] 16.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력 회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경 우 부활(효력회복)일을 위 [8]의 청약일로 하여 적용합 니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

4. (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
	[1] 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>입원의료비</u> 는 보상하여 드리지 아니합니다. ① <u>수익자의 고의</u>. 다만, 그 <u>수익자가</u> 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 <u>수익자에</u> 해당하는 보험금 을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>수익자에게</u> 지급 하여 드립니다. ② <u>계약자의 고의</u>

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 신상해 입원	③ <u>피보험자(보험대상자)</u>의 고의. 다만, <u>피보험자(보험대상자)</u>가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보상하여 드립니다. ④ <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u>로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 ⑥ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유 없이 <u>입원기간</u> 중 <u>의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다. ② <u>회사</u>는 다른 약정이 없으면 <u>피보험자(보험대상자)</u>가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 <u>상해</u>에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다. ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 <u>상해</u>는 보상하여 드립니다) ③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ <u>회사</u>는 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다. ① 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비 ② 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>본인부담금 상한제</u>) ③ 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</u>) ④ 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) <u>신상해 입원</u>	⑤ 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임 복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. ⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) ⑦ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 ⑧ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 ⑨ 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 3.(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. ⑩ 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(2) <u>상해 통원</u>	① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>통원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다. ① 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 <u>수익자</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>수익자</u>에게 지급하여 드립니다. ② 계약자의 고의 ③ <u>피보험자(보험대상자)</u>의 고의. 다만, <u>피보험자(보험대상자)</u>가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보상하여 드립니다. ④ <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 <u>통원</u>한 경우. 그러나 <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u>로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 ⑥ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유 없이 <u>통원기간</u> 중 <u>의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로

담보 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② <u>회사</u>는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 <u>상해</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련 을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시 범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운 전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생 한 상해는 보상하여 드립니다) ③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ <u>회사</u>는 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리 지 아니합니다. ① 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법 상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비 ② 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단 으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>본인 부담금 상한제</u>) ③ 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료 급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</u>) ④ 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상 하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하 여 드립니다. ⑤ 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임 복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합 니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. ⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목 발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) ⑦ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

담보 종목	보상하지 않는 사항
	가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 ⑧ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 ⑨ 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 3.(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. ⑩ 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(3) 신질병 <u>입원</u>	① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>입원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다. ① <u>수익자</u>의 고의. 다만, 그 <u>수익자</u>가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 <u>수익자</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>수익자</u>에게 지급하여 드립니다. ② <u>계약자</u>의 고의 ③ <u>피보험자(보험대상자)</u>의 고의. 다만, <u>피보험자(보험대상자)</u>가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보상하여 드립니다. ④ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유 없이 <u>입원기관</u> 중 <u>의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② <u>회사</u>는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ① 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99) ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) ③ <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 <u>입원</u>한 경우(O00 ~ O99) ④ 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) ⑤ 비만(E66) ⑥ 비뇨기계 장애(N39, R32) ⑦ 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 신질병 입원	③ 회사는 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리 지 아니합니다. ① 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법 상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비 ② 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단 으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>본인 부담금 상한제</u>) ③ 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료 급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</u>) ④ 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상 하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하 여 드립니다. ⑤ 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임 복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합 니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. ⑥ 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모 반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피 부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경 (phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 ⑦ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목 발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) ⑧ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확 대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 ⑨ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 신질병 입원	등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 ⑩ 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 3.(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. ⑪ 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) ⑫ 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(4) 질병 통원	① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>통원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다. ① <u>수익자의 고의</u>. 다만, 그 <u>수익자</u>가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 <u>수익자</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>수익자</u>에게 지급하여 드립니다. ② <u>계약자의 고의</u> ③ <u>피보험자(보험대상자)의 고의</u>. 다만, <u>피보험자(보험대상자)</u>가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보상하여 드립니다. ④ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유 없이 <u>통원기간</u> 중 <u>의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② <u>회사</u>는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ① 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99) ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) ③ <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 <u>통원</u>한 경우(O00 ~ O99) ④ 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) ⑤ 비만(E66) ⑥ 비뇨기계 장애(N39, R32) ⑦ 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62) ③ <u>회사</u>는 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ① 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법

담보 종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비 ② 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>본인 부담금 상한제</u>) ③ 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</u>) ④ 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. ⑤ 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. ⑥ 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 ⑦ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) ⑧ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 ⑨ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 ⑩ 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료

담보 종목	보상하지 않는 사항
	비는 3.(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. ⑪ 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) ⑫ 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(5) 신종합 입원	① <u>상해</u>에 대하여는 ‘<u>신상해입원</u>’을 적용 ② <u>질병</u>에 대하여는 ‘<u>신질병입원</u>’을 적용
(6) 종합 통원	① <u>상해</u>에 대하여는 ‘<u>상해통원</u>’을 적용 ② <u>질병</u>에 대하여는 ‘<u>질병통원</u>’을 적용

제4관 계약의 성립과 유지

5. (계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 「건강진단을 받는 계약」(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말하며, 이하 “예정이율”이라 합니다) + 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 아니합니다.

6. (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수

있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 「전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약」(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 「이 계약의 보험계약대출이율」(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.
- ③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

7. (계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 - ① 보험종목 또는 담보종목
 - ② 보험기간
 - ③ 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 - ④ 계약자, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 위 ①.④의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 18.(해지환급금) ①에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 수익자는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
- ⑤ 계약자가 위 ④의 규정에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

8. (보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 위 ①의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의

끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

9. (계약의 무효)

계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

10. (계약의 소멸)

- ① 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 위 ①에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 계약의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 효력을 가지지 아니합니다.

11. (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 18.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5관 보험료의 납입 등

12. (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따

라 보장을 합니다.

- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 - ① 22.(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - ② 24.(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 - ③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
- ③ 계약이 갱신되는 경우에는 위 ① 및 ②에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

13. (제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 「제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날」(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신 합니다.

14. (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 15.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 35.(보험계약대출) ①에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 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 위 ①의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음 날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 위 ① 및 ②에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 위 ①에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전

납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 18.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 지급합니다.

15. (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 특정된 수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- ② 회사가 위 ①에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 위 ①의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 위 ①에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 위 ①에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

16. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 15.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 예정이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 위 ①에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 5.(계약의 성립), 12.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 22.(계약 전 알릴 의무) 및 24.(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

- ③ 위 ①에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 22.(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 24.(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

17. (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 7.(계약내용의 변경 등) ①의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 위 ①에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 위 ①의 통지를 지정된 수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 수익자로 지정된 경우에는 위 ①의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 위 ①의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 수익자가 위 ①에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 수익자는 통지를 받은 날(위 ③에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 위 ①의 절차를 이행할 수 있습니다.

18. (해지환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

19. (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제6관 다수보험의 처리 등

20. (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 ③에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

- ② 비례 부담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- ③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례 부담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 약제(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =	
$\frac{\text{계약의 보상대상의료비 중 최고액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$	$\times$ 각 계약별 보상책임액

21. (연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
- ② 위 ①에 의하여 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제7관 계약 전 알릴의무 등

22. (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

23. (상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 위 ①에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내

에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

- ③ 위 ①의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 「직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율」(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 「직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율」(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 위 ③에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

24. (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 22.(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 23.(상해보험계약 후 알릴 의무) ①에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 위 ①.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
- ① 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우

에는 그러하지 아니합니다.

- ③ 위 ①에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 18.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ①.①에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기 사유를 “반대” 라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다. 또한, 위 ①.②에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 23.(계약 후 알릴 의무) ③ 또는 ④에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 위 ①에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 위 ④에 관계없이 보장하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

25. (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 회사에게 보험금을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 - ② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 위 ①에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.

26. (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제8관 보험금 지급의 절차 등

27. (주소변경통지)

- ① 계약자 또는 수익자(타인을 위한 보험계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 위 ①에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

28. (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

29. (보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 수익자는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

30. (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - ④ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 위 ①.②의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원이어야 합니다.

31.(보험금의 지급)

- ① 회사는 30.(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일

이내에 보험금을 지급하여 드립니다

- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 위 ①의 지급 기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 30.(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
- ① 소송제기
 - ② 분쟁조정 신청
 - ③ 수사기관의 조사
 - ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - ⑤ 아래 ④에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유 의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ③ 회사는 위 ①의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(위 ②에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 24.(알릴 의무 위반의 효과) 및 위 ②의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

32. (환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간은 공시이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ② 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 공시이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

33. (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 위 ①에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

34. (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 제33조(개인신용정보의 이용), 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감정보의 처리 제한) 및 제24조(고유식별정보의 처리제한)의 규정을 따릅니다.

- ① 계약자, 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
- ② 계약체결일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
- ③ 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
- ④ 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

35. (보험계약대출)

- ① 계약자는 「이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출」(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 위 ①에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 회사는 15.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금과 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
- ④ 회사는 수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제9관 분쟁조정 등

36. (약관전달 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.
- ① 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.
 - ② 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 - ③ 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 위 ①에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 ①의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.
- ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우
 - ② 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 위 ②에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로

설명하여 드립니다.

37. (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

38. (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

39. (관할법원)

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

40. (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

41. (회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

42. (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자에게 발생한 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 위 ②에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

43. (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 위 ①의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 위 ①의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 위 ②의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

44. (예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제10관 자동갱신 등

45. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신 시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

46. (보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초 계약 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 45.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:
갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부

분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.

② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.

- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 15.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

47. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

48. (갱신보장계약의 보장개시)

위 45.(보험기간 및 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

49. (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

<붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보 험 수 익 자 (보험금을 받 는 자)	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하 다고 인정되 는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)

용 어	정 의
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

제 4절

국내사고해외치료입원의료비
(본인부담금40%실손보상)
(3년만기자동갱신) 특별약관

458p

<국내사고 해외치료입원의료비

(본인부담금40%실손보상)(3년만기자동갱신특별약관)>

해외치료입원의료비 특별약관은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 회사가 보상하는 특별약관입니다.

제1관 회사가 보상하는 사항

1. (보장내용)

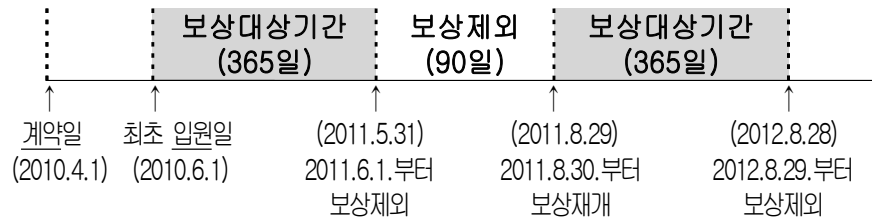
- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 국내에서 입은 상해 또는 국내에서 발생한 질병으로 인하여 해외의료기관에 입원하여 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 경우에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

【용어풀이】

해외의료기관이라 함은 해외소재 의료기관을 말합니다.

- ② 위 ①에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부황, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해 또는 하나의 질병에 대하여 US \$1000.00 한도로 보상하여 드립니다.
- ③ 위 ①의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
- ④ 위 ①의 질병에서 청약서상「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ⑤ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해 또는 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 위 ⑤는 적용하지 아니합니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.
- ⑨ 위 ④에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ⑩ 위 ⑨의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 이 특별약관 13.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 14.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 위 ⑨의 청약일로 하여 적용합니다.

제2관 회사가 보상하지 않는 사항

2. (보상하지 않는 사항)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - ① 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보상하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
 - ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
 - ③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- ③ 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - ① 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)
 - ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
 - ③ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99)
 - ④ 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)
 - ⑤ 비만(E66)
 - ⑥ 비뇨기계 장애(N39, R32)
 - ⑦ 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분 (I84, K60 ~ K62)
- ④ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - ① 질병의 경우 초과치료, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
 - ② 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
 - ③ 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체

내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.

④ 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 검열반 등 안과질환

⑤ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)

⑥ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑦ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

⑧ 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제3관 계약의 성립과 유지

3. (계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 「건강진단을 받는 계약」(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙

또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말하며, 이하 “예정이율”이라 합니다) + 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 아니합니다.

4. (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 경우에는 그러하지 아니하며, 「전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약」(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.
- ③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

5. (계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ① 보험종목 또는 담보종목
 - ② 보험기간
 - ③ 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 - ④ 계약자, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 위 ①.④의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 16.(해지환급금) ①에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 수익자는 그 권리로써 회사에 대항

하지 못합니다.

- ⑤ 계약자가 위 ④의 규정에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

6. (보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 위 ①의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

7. (계약의 무효)

계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

8. (계약의 소멸)

- ① 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 위 ①에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 계약의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 효력을 가지지 아니합니다.

9. (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 16.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제4관 보험료의 납입 등

10. (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 - ① 20.(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - ② 22.(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 - ③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
- ③ 계약이 갱신되는 경우에는 위 ① 및 ②에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

11. (제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 「제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날」(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 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.

12. (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 13.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 33.(보험계약대출) ①에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으

로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 위 ①의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음 날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 위 ① 및 ②에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 위 ①에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 16.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 지급합니다.

13. (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 특정된 수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- ② 회사가 위 ①에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 위 ①의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 위 ①에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 위 ①에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

14. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 15.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 아니한 경우 (보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 예정이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 위 ①에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 3.(계약의 성립), 10.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 20.(계약 전 알릴 의무) 및 22.(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.
- ③ 위 ①에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 20.(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 22.(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

15. (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 5.(계약내용의 변경 등) ①의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 위 ①에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 위 ①의 통지를 지정된 수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 수익자로 지정된 경우에는 위 ①의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 위 ①의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 수익자는 통지를 받은 날(위 ③에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 ①의 절차를 이행할 수 있습니다.

16. (해지환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

17. (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제5관 다수보험의 처리 등

18. (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 ③에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 비례 분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- ③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례 분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 약제(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}}{1}$$

19. (연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
- ② 위 ①에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제6관 계약 전 알릴의무 등

20. (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알

고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

21. (계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 위 ①에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 위 ①의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 「직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율」(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 「직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율」(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 위 ③에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

22. (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 20.(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 - ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 21.(계약 후 알릴 의무) ①에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 위 ①.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1

회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

- ③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 위 ①에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 16.(해지환급금) ①에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 위 ①.①에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다. 위 ①.②에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 21.(계약 후 알릴 의무) ③ 또는 ④에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 위 ①에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 위 ④에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

23. (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 회사에게 보험금을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 - ② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경

우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ② 회사가 위 ①에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.

24. (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제7관 보험금 지급의 절차 등

25. (주소변경통지)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 보험계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 위 ①에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

26. (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

27. (보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

28. (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 국내 병원이나 의원의 진단서 등
 - ③ 해외의료기관의 진료비영수증, 진료비계산서, 입원치료확인서, 진단서 등)
 - ④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - ⑤ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 위 ①.②의 진단서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원이어야 합니다.

29. (보험금의 지급)

- ① 회사는 28.(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다
- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 위 ①의 지급 기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 28.(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 정합니다.
 - ① 소송제기
 - ② 분쟁조정 신청
 - ③ 수사기관의 조사
 - ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - ⑤ 아래 ④에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ③ 회사는 위 ①의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(위 ②에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 22.(알릴 의무 위반의 효과) 및 위 ②의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관

공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

30. (환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간은 공시이율+1%를, 그 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ② 회사가 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 공시이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

31. (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 위 ①에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

32. (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 제33조(개인신용정보의 이용), 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감정보의 처리 제한) 및 제24조(고유식별정보의 처리제한)의 규정을 따릅니다.

- ① 계약자, 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
- ② 계약체결일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
- ③ 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
- ④ 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

33. (보험계약대출)

- ① 계약자는 「이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법

에 따라 대출」(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

- ② 계약자는 위 ①에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 회사는 13.(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금과 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제8관 분쟁조정 등

34. (약관전달 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.
 - ① 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.
 - ② 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 - ③ 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 위 ①에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음

의 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 ① 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 위 ②에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

35. (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

36. (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

37. (관할법원)

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

38. (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

39. (회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약에 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

40. (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 위 ②에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

41. (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 위 ①의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 위 ①의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 위 ②의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

42. (예금보험기금에 의한 지급보장)

이 계약은 예금자보호법에 따라, 회사에 있는 계약자의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 사고보험금)에 기타지급금을 합한 금액을 예금보험공사가 1인당 “최고 5천만원까지” 보호합니다.

제9관 자동갱신 등

43. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

- ③ 갱신 시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

44. (보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「중전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 갱신 시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 ①에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

45. (보험료의 납입, 납입연체와 계약해지)

- ① 이 특별약관의 최초 계약 보험료는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 계약자는 44.(보험기간 및 자동갱신)의 ② 및 ③에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료(순보험료) 납입은 아래의 방법을 따릅니다.
 - ① 보통약관의 보험료 납입기간 중:

갱신계약의 보험료(순보험료)는 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 순보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 보통약관의 적립보험료를 추가로 납입합니다.
 - ② 보통약관의 보험료 납입완료 후 :

갱신계약의 보험료(순보험료)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체납입하거나 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다. 다만, 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체할 수 없을 경우에는 갱신계약의 보험료(순보험료)를 추가로 납입합니다.
- ③ 위 ②의 정한 방법에 따라 보험료의 추가납입이 없을 경우 회사는 보통약관 12.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)

기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

46. (자동갱신 적용)

- ① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

47. (갱신보장계약의 보장개시)

위 44.(보험기간 및 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

48. (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

<붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중이와 동등 하다고 인정 되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하

용 어	정 의
	는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업에 외지역에서 약사의 직접조제 포함)

용 어	정 의
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상 의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

제 5절 제도성 특별약관

482p

1. 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관

1. (계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 「보험계약」(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 “보험계약”이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 9.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.
- ④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

2. (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하는 중 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 위 ①의 이륜자동차라 함은 다음과 같습니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차(1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차(다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자동차를 포함합니다))
가. 이륜인 자동차에 축차를 붙인 자동차
나. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차
 - ② 배기량이 50ㄴ씨미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트미만)인 이륜자동차
- ③ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

3. (해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 13.(보험료의 납입 연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입 특별약관

1. (보험료 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 위 ①에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 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 1.(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

2. (보험료의 영수)

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

3. (보험계약후 알릴 의무)

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

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 선지급 서비스 특별약관

1. (적용대상)

- ① 이 선지급서비스 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다)을 부가하는 보통약관은 계약자와 피보험자(보험대상자)가 동일한 보험

계약이어야 합니다.

- ② 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ③ 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 “사망보장 특별약관”이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

2. (지급사유)

- ① 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 「피보험자(보험대상자)의 잔여수명」(이하 “여명”이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하 “보험금”이라 합니다)으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 아니합니다.
- ③ 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑤ 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장 특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

3. (보험금의 지정대리 청구인)

- ① 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 「계약자가 미리 지정하거나 또는 사(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경 지정한 다음의 자」(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)가 7사(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.
 - ① 보험금 청구시 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)

- 의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
- ② 보험금 청구시 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족
- ② 위 ①의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리 청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

4. (지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 보험증권(보험가입증서)
- ③ 지정대리청구인의 주민등록등본
- ④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

5. (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자(보험대상자)가 2.(지급사유)의 ①에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.

6. (특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 피보험자(보험대상자) 또는 지정대리 청구인은 위 1.(적용대상)에 정한 특별약관의 보험기간중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(병원 또는 의원 등에서 발급한 진단서)
 - ③ 주민등록증 제시
 - ④ 피보험자(보험대상자)의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
 - ⑤ 피보험자(보험대상자) 및 지정대리청구인의 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
 - ⑥ 기타 피보험자(보험대상자) 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원 등에서 위 ①.②의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원 등은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

8. (보험금의 지급)

- ① 회사는 위 7.(보험금 등 청구시 구비서류)의 보험금 청구서류를

접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유
의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.

- ② 위 ①의 규정에 따라 지급사유
의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자(보험대상자)의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 위 ①의 규정에 의한 지급기일내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 사망을 보장하는 특별약관을 따릅니다.

4. 특정부위·질병부담보 특별약관

1. (특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 「보험계약」(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 “보험계약”이라 합니다)을 체결할때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 9.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ④ 보험계약에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
- ① 2.(특별면책조건의 내용) ①.①에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우

- ② 2.(특별면책조건의 내용) ①.②에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

2. (특별면책조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 질병으로 인하여 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태를 보장하는 특별약관에서 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ① 「【별표22】특정부위·질병분류표 ① 특정부위」중에서 회사가 지정한 부위」(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
- ② 「【별표22】특정부위·질병분류표 ② 특정질병」중에서 회사가 지정한 질병」(이하 “특정질병”이라 합니다)
- ② 위 ①의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간”으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 위 ②에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 “보험계약의 보험기간 전체”로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일로부터 5년 이내에 위 ①.①에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 ①.②에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 아니합니다.
- ④ 위 ①의 규정에도 불구하고 아래의 사항 중 어느 한가지 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ① 위 ①.①에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ② 위 ①.②에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 회사에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개

시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑦ 위 ①의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

3. (해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 13.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5. 지정대리청구서비스 특별약관

1. (적용대상)

이 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다)은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

2. (특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 1.(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

3. (지정대리청구인의 지정)

- ① 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각호에 해당하는 자 중 1인을 「보험금의 대리청구인」(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(4.(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호에 해당하여야 합니다.
 - ① 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

- ② 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족
- ② 위 ①에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 1.(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

4. (지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
- ② 보험증권(보험가입증서)
- ③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
- ④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

5.(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 6.(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 1.(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 1.(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

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

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자의 인감증명서
- ⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6. 출생전 자녀가입 특별약관

1. (특별약관의 적용)

- ① 이 특별약관은 피보험자(보험대상자)로 될 자가 계약 체결시에 「출생전 자녀」(이하 “태아”라 합니다.)인 계약에 대하여 적용합니다.
- ② 위 ①의 태아는 출생시에 피보험자(보험대상자)로 됩니다.
- ③ 이 특별약관을 가입하고자 하는 경우에는 엄마상해사망(3년만기 자동갱신) 특별약관을 의무적으로 가입하여야 합니다.

2. (태아에 대한 회사의 보장의 시기 및 종기)

태아에 대한 회사의 보장은 보통약관 10.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 출생시에 시작하며, 출생일로부터 보통약관의 보험기간을 더한 날에 끝납니다.

3. (출생통지)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 - ① 통지서(회사양식)
 - ② 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록, 주민등록등본 또는 의료보험증
- ② 회사는 위 ①의 알림이 있는 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

4. (유산 또는 사산 등)

- ① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 계약(엄마상해사망(3년만기자동갱신)특별약관은 제외합니다)을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 위 ①의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 - ① 통지서(회사양식)
 - ② 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
 - ③ 보험증권(보험가입증서)
 - ④ 최종보험료 영수증
- ③ 회사는 위 ②의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

5. (복수출생의 경우)

- ① 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자(보험대상자) 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
- ② 위 ①의 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자(보험대상자)가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 태아부모의 가족관계등록부상 다음순위의

자를 새로운 피보험자(보험대상자)로 할 수 있습니다. 다만, 위 ①의 경우와 같이 계약자가 새로운 피보험자(보험대상자)를 지정할 경우에는 회사는 이에 따릅니다.

③ 계약자가 위 ②의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 새로 피보험자(보험대상자)로 될 자의 가족관계등록부, 주민등록등본 또는 의료보험증

③ 보험증권(보험가입증서)

④ 위 ②의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자(보험대상자)의 사망으로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경후의 피보험자(보험대상자)에 대해서 계약상의 책임을 집니다.

⑤ 위 ②의 피보험자(보험대상자) 변경이 이루어진 경우에는 변경전 피보험자(보험대상자)에 대한 보험금이 지급되지 아니합니다.

⑥ 위 ① 내지 ②의 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여야 합니다.

⑦ 계약자가 원래의 피보험자(보험대상자)를 고의로 사망케한 경우에는 위 ②의 피보험자(보험대상자) 변경을 하지 아니합니다.

6. (보험료정산에 관한 사항)

① 계약체결시 피보험자(보험대상자)가 태아일 경우의 보험료는 피보험자(보험대상자) 남자 0세 보장부분 영업보험료의 합계액과 여자 0세 보장부분 영업보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자(보험대상자)의 성별이 변경될 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.

② 위 ①에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

③ 위 ②에 따른 금액은 위 ①에 따라 계산된 정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

④ 위 ①에 따라 보험료를 정산한 이후에 성별에 따라 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7. 실손의료비 보장(적립대체형) 무사고할인 특별약관

1. (특별약관의 적용범위 및 효력)

이 특별약관(이하 『특약』이라 합니다.)은 2011년 4월 1일 이후 갱신이 도래하는 갱신형 실손의료비 보장이 부가된 보험계약(이하 「실손의료 보험계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

2. (보험료 할인대상 및 보험료 할인)

- ① 회사는 각각의 실손의료비 보장이 일정기간(이하 「무사고 판정기간」이라 합니다) 동안 보험금을 지급받지 않고, 동일한 보장 내용으로 갱신되는 경우 「할인적용기간」 동안 매회 대체납입할 각각의 실손의료비 보장에 대한 보장보험료의 10%를 할인하여 드립니다. 다만, 보험료 할인대상 및 보험료 할인은 매 갱신시마다 재산정합니다.

<보험료 할인대상 예시>

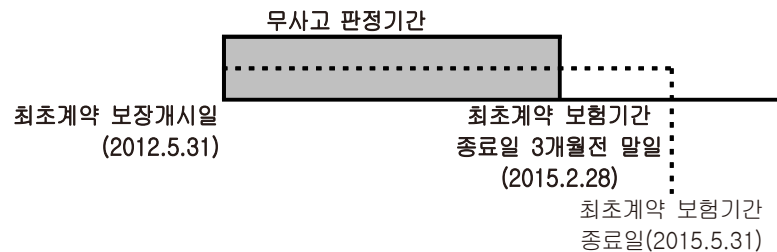
구 분		판정기간내 보험금 지급여부	갱신전후 동일보장 내용여부	갱신보험료 할인여부
상 해	입원의료비	-	동일	할인
	통원의료비	지급	-	X
질 병	입원의료비	-	-	X
	통원의료비	지급	동일	X

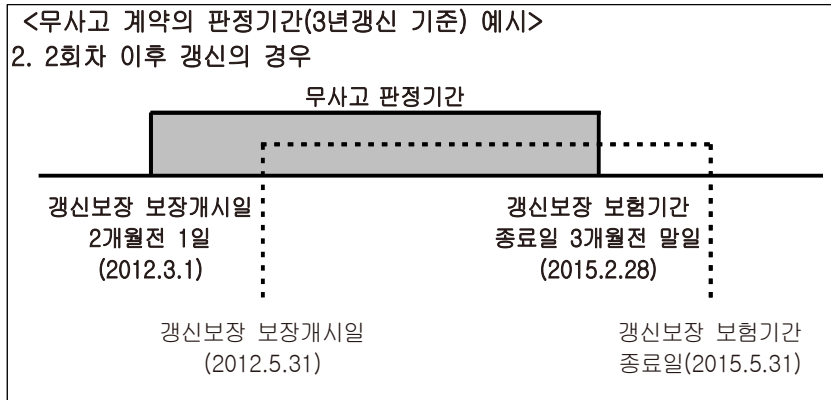
주) 통원의료비의 경우, 통원치료비 및 약제비 등으로 보장내용이 구분된 경우 각각 적용합니다.

- ② 위 ①의 「무사고 판정기간」이라 함은 갱신보장 보장개시일이 속한 달의 2개월전 1일부터 갱신보장의 보험기간 종료일이 속한 달의 3개월전 말일까지의 기간으로 합니다. 다만, 최초갱신의 경우 최초계약 보장개시일부터 최초계약의 보험기간 종료일이 속한 달의 3개월전 말일까지의 기간으로 합니다.

<무사고 계약의 판정기간(3년갱신 기준) 예시>

1. 최초 갱신의 경우





- ③ 위 ①의 「할인적용기간」은 갱신된 실손의료비 보장의 보장개시일부터 해당 보험기간 종료일까지로 합니다. 다만, 「할인적용기간」 내에 보통약관의 보험료 납입기간이 종료되는 경우에는 그 종료되는 날에 할인적용도 종료됩니다.
- ④ 위 ①에도 불구하고, 할인금액(각각의 실손의료비 보장에 대한 보장보험료의 10% 합계액)이 실손의료 보험계약의 예정사업비를 초과하는 경우 그 예정사업비를 한도로 보험료를 할인하여 드립니다.
- ⑤ 회사는 위 ①에서 정한 할인금액을 보통약관의 적립부분 책임준비금으로 적립하여 드릴 수 있습니다.

3. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【별표1】

장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(흉추) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상

(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

- 1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응 청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) "말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㆁ, ㅈ, ㅊ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) "말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) "말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의

장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.

- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 두개골의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손

- ② 두개골의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(흉추)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(흉추)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(흉추)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(흉추)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(흉추)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(흉추)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(흉추)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 척추(흉추)는 경추 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 뚜렷한 운동장애
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
 - 두개골과 상위경추(제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)

의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추 측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

- 8) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 9) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 10) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 11) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 견갑골이나 장골에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 쇄골, 흉골, 늑골에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 견갑골, 장골, 쇄골, 흉골, 늑골을 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- 2) “장골의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) “쇄골, 흉골, 늑골 또는 견갑골에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 늑골의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로

제한된 경우

- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된

경우도 포함된다.

- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정에는 미국의사협회(A.M.A) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급 (Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급 (Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 비골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 비골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리과 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 수지골 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 수지골 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 수지골 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “수지골 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 수지골을 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1지관절 및 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 족지골 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 족지골 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 족지골 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “족지골 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 족지골을 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

- ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
- ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공 요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10 ~ 100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에

손상으로 인하여 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

- ② 위 ①의 경우 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
- ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 뇌파등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도	지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태	40
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태	30
	- 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20
	- 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20
	- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15
	- 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	20
	- 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태	15
	- 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태	5
목욕	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태	10
	- 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태	5
	- 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태	3
옷입고 벗기	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태	10
	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태	5
	- 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태	3

【별표 2】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 특정상해로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
뇌손상	○ 두개내 손상	S06
내장손상	○ 심장의 손상	S26
	○ 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	○ 복강내 기관의 손상	S36
	○ 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 3】

골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

대 상 골 절	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 4】

5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

대 상 골 절	분류번호
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 5】

화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

대 상 화 상	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T20
2. 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T26
8. 기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T30
12. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장애	L59

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

의료기관의 시설규격

1. 입원실

- 가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조제1항제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
- 나. 입원실의 면적은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 6.3제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 4.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
- 다. 소아만을 수용하는 입원실의 면적은 위 "나"의 입원실 면적의 3분의 2 이상으로 할 수 있다. 다만, 입원실 한 개의 면적은 6.3제곱미터 이상이어야 한다.
- 라. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
- 마. 전염성 질환자의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 전염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電)시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

3. 수술실

- 수술실은 환자의 감염을 방지하기 위하여 먼지와 세균 등이 제거된 청정한 공기를 공급할 수 있는 공기정화설비를 갖추고, 내부 벽면은 불침투질로 하여야 하며, 적당한 난방, 조명, 멸균수세(滅菌水洗), 수술용 피복, 붕대재료, 기계기구, 의료가스, 소독 및 배수 등 필요한 시설을 갖

- 추어야 하고, 바닥은 접지가 되도록 하여야 하며, 콘센트의 높이는 1미터 이상을 유지하게 하고, 호흡장치의 안전관리시설을 갖추어야 한다.
4. 응급실
외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하고 산실(産室)이나 수술실로부터 격리되어야 하며, 구급용 시설을 갖추어야 한다.
 5. 임상검사실
임상검사실은 자체적으로 검사에 필요한 시설·장비를 갖추어야 한다.
 6. 방사선 장치
 - 가. 방사선 촬영투시 및 치료를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 방사선 위해(危害) 방호시설(防護施設)을 갖추어야 한다.
 - 나. 방사선 사진필름을 현상·건조하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 시설을 갖춘 건조실을 갖추어야 한다.
 - 다. 방사선 사진필름을 판독하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 설비가 있는 판독실을 갖추어야 한다.
 7. 회복실
수술후 환자의 회복과 사후 처리를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 이에 필요한 시설을 갖추어야 한다.
 8. 물리치료실
물리요법을 시술하는 데에 지장이 없는 면적과 기능회복, 재활훈련, 환자의 안전관리 등에 필요한 시설을 갖추어야 한다.
 9. 한방요법실
경락자극요법시설 등 한방요법시설과 특수생약을 증기, 탕요법에 의하여 치료하는 시설을 갖추어야 한다.
 10. 병리해부실
병리·병원에 관한 세포학검사·생검 및 해부를 할 수 있는 시설과 기구를 갖추어 두어야 한다.
 11. 조제실
약품의 소분(小分)·혼합조제 및 생약의 보관, 혼합약제에 필요한 조제대 등 필요한 시설을 갖추어야 한다.
 - 11의2. 탕전실
 - 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.
 - 나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
 - 다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
 - 라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.
 - 마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.
 - 바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.
 - 사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.
 12. 의무기록실

의무기록(외래·입원·응급 환자 등의 기록)을 보존기간에 따라 비치하여 기록·관리 및 보관할 수 있는 서가 등 필요한 시설을 설치하여야 한다.

13. 소독시설

증기·가스장치 및 소독약품 등의 자재와 소독용 기계기구를 갖추어 두고, 위생재료·붕대 등을 집중 공급하는 데에 적합한 시설을 갖추어야 한다.

14. 급식시설

가. 조리실은 식품의 운반과 배식이 편리한 곳에 위치하고, 조리, 보관, 식기 세정, 소독 등 식품을 위생적으로 처리할 수 있는 설비와 공간을 갖추어야 한다.

나. 식품저장실은 환기와 통풍이 잘 되는 곳에 두되, 식품과 식품재료를 위생적으로 보관할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.

다. 급식 관련 종사자가 이용하기 편리한 준비실·탈의실 및 옷장을 갖추어야 한다.

15. 세탁물 처리시설

「의료기관세탁물관리규칙」에서 정하는 적합한 시설과 규모를 갖추어야 한다.

16. 시체실

시체의 부패 방지를 위한 냉장시설과 소독시설을 갖추어야 한다.

17. 적출물 처리시설

「폐기물관리법 시행규칙」 제14조에 따른 시설과 규모를 갖추어야 한다.

18. 자가발전시설

공공전기시설을 사용하지 아니하더라도 해당 의료기관의 필요한 곳에 전기를 공급할 수 있는 자가발전시설을 갖추어야 한다.

19. 구급자동차

보건복지가족부장관이 정하는 산소통·산소호흡기와 그 밖에 필요한 장비를 갖추고 환자를 실어 나를 수 있어야 한다.

【별표 7】

자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법 시행령 제3조 제1항 제2호와 관련되며 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

부상급수	상 해 내 용
1급	- 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 - 척추체 분쇄성 골절 - 척추체 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술을 시행한 상해 - 외상성 두개강안의 출혈로 개두술을 시행한 상해 - 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상해 또는 경막하 수종, 수혈액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 상해 - 고도의 뇌좌상(미만성 뇌축삭 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 상해(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우에 한한다) - 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 - 경골아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 - 화상·좌상·괴사창 등 연부조직에 손상이 심한 상해(체표의 9퍼센트 이상의 상해) - 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술을 시행한 상해 - 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 - 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	- 상박골 분쇄성 골절 - 척추체의 압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 상해 또는 경추 탈구(아탈구 포함), 골절 등으로 할로베스트 등 고정술을 시행한 상해 - 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) - 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 상해 또는 골반골 골절과 요도 파열이 동반된 상해 - 슬관절 탈구 - 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 상해 - 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해 - 천장골간 관절 탈구 - 슬관절 전·후십자인대 및 내측부인대 파열과 내·외측 반월상 연골이 전부 파열된 상해 - 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	- 상박골 경부 골절 - 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 상해 - 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 - 수근 주상골 골절 - 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절 - 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한

	경우에 한하며, 그 외의 자의 경우에는 수술의 시행여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 상해 8. 경골 과부 골절이 관절면을 침범하는 상해(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골간 관절 탈구와 골절이 동반된 상해 또는 리스프랑씨시(Lisfranc)관절의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 상해 또는 복강 내출혈로 수술한 상해 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 상해 13. 중증도의 뇌좌상(미만성 뇌축삭 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 열창으로 양안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 상해 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 상해 17. 관절면을 침범한 대퇴골 과부 분쇄 골절 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 대퇴골 과부(원위부, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개인대 파열 5. 건갑 관절부위의 회선근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절 7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 상해 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 체표의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 상해 또는 개방성 공막열창으로 안구적출술, 각막이식술을 시행한 상해 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 상해 11. 슬관절부의 내·외측부 인대, 전·후십자 인대, 내·외측반월상 연골 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경·비골아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 골반골의 중복 골절(말가이그니씨 골절 등을 포함한다) 2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 상해 3. 족중골 골절

	4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부(Colles, Smith, 수근 관절면, 요골 원위 골단 골절을 포함한다) 골절 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 상해 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 8. 족배부 근건 파열창 9. 수장부 근건 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건파열을 포함한다) 10. 아킬레스건 파열 11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄골절을 포함한다)로 수술한 상해 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 상해 13. 거골 골절(경부를 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 아니한 소아의 경·비골 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23치 이상의 치아보철을 요하는 상해 17. 그 밖에 5급에 해당된다고 인정되는 상해
6급	1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골·좌골·장골·천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 상해 6. 치골 상·하지 골절 또는 양측 치골 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절을 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절을 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 상해 13. 외상성 경막하 수종, 수혈액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 수술하지 아니한 상해(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 15. 상박골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19치 이상 22치 이하의 치아보철을 요하는 상태 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족과절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부굴곡 골절 4. 고관절 탈구

	5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대 파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결합부 이개 9. 다발성 안면 두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16치 이상 18치 이하의 치아보철을 요하는 상태 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상태
8급	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연 골절로 수술하지 아니한 상태 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(견갑골극 또는 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오웬돌기를 포함한다) 골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절 면침범을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상태 9. 다발성 늑골 골절 10. 뇌좌상(미만성 뇌축삭손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 경미한 상태 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경 손상 12. 상악골, 하악골, 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 상태 14. 족부 인대 파열(부분 파열을 제외한다) 15. 13치 이상 15치 이하의 치아보철을 요하는 상태 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상태
9급	1. 척주골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 요골 골두골 골절 3. 완관절내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상태 5. 손바닥뼈 골절 6. 수근 골절(주상골을 제외한다) 7. 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골·종골을 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 족관절부 염좌, 경·비골 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건의 부분파열 10. 늑골, 흉골, 늑연골 골절 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 수술을 시행하지 아니한 경우 11. 척주체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대·근육 등) 손상이 동반된 상태 12. 척수 손상으로 마비증상 없고 수술을 시행하지 아

	니한 경우 13. 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구 또는 수근간 관절탈구, 하요척골 관절 탈구를 포함한다) 14. 미골 골절로 수술하지 아니한 상해 15. 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 아니한 경우 16. 11치 이상 12치 이하의 치아보철을 요하는 상해 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 외상성 슬관절내 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손바닥뼈 지골간 관절 탈구 3. 손목뼈 손바닥뼈간 관절 탈구 4. 상지부 각 관절부(견관절, 주관절, 완관절) 염좌 5. 척골·요골 경상돌기 골절, 제불완전골절[비골(코) 골절, 수지 골절 및 발가락뼈 골절을 제외한다] 6. 수지 신전근건 파열 7. 9치 이상 10치 이하의 치아보철을 요하는 상해 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 수지 골절·탈구 및 염좌 3. 비골(코) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치아보철을 요하는 상해 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 8일 내지 14일간의 입원을 요하는 상해 2. 15일 내지 26일간의 통원을 요하는 상해 3. 4치 이상 5치 이하의 치아보철을 요하는 상해
13급	1. 4일 내지 7일간의 입원을 요하는 상해 2. 8일 내지 14일간의 통원을 요하는 상해 3. 2치 이상 3치 이하의 치아보철을 요하는 상해
14급	1. 3일 이하의 입원을 요하는 상해 2. 7일 이하의 통원을 요하는 상해 3. 1치 이하의 치아보철을 요하는 상해

<비 고>

1. 2급부터 11급까지의 상해 내용중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높게 적용합니다.
2. 2급부터 11급까지의 상해 내용중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮게 적용합니다.
3. 2급부터 11급까지의 상해 내용중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예 : 상해내용이 주로 2급에 해당되는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에 한하여 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높게 적용합니다. 단, 이 경우에는 위 1 및 2를 적용하지 않습니다.
4. 일반외상과 치아보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 1급의 지급금액을 초과하지 아니하는 범위 안에서 각 상해 등급별 지급금액을 합산한 금액을 적용합니다.

【별표 8】

뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 9】

공시이율에 관한 사항

- (1) 이 계약의 적립부분 순보험료에 대한 부리이율은 「보장성 공시이율1106」(이하 “공시이율”이라 한다)을 적용한다.
- (2) 공시이율은 매월 말일(영업일기준)이전에 아래의 방법에 따라 산출하며 익월에 한하여 적용한다.

□ 보장성 공시이율1106

- ① 운용자산이익률은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출하며 계산방법은 다음과 같다. 단, 운용자산, 투자영업수익 및 투자영업비용은 보험업감독규정에 따라 작성된 재무제표상의 금액을 기준으로 한다.

$$\text{운용자산이익률} = \text{운용자산수익률} - \text{투자지출률}$$

$$\text{가.운용자산수익률} = \frac{2 \times P}{\left[\sum_{t=1}^{12} \{A(t+1) + A(t)\} / 12 - (P - C) \right]} \times 100(\%)$$

$$\text{나.투자지출률} = \frac{2 \times C}{\left[\sum_{t=1}^{12} \{A(t+1) + A(t)\} / 12 - (P - C) \right]} \times 100(\%)$$

- A(t): 산출시점 직전 t월말의 현재 운용자산
- P : 산출시점 직전 12월의 1일부터 직전 1월의 말일까지의 투자영업수익
- C : 산출시점 직전 12월의 1일부터 직전 1월의 말일까지의 투자영업비용

- ② 외부지표금리수익률은 국고채수익률과 통화안정증권수익률의 직전 3개월 이율을 가중이동평균하여 산출한다. 단, 국고채수익률

은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 5년만기 국고채권의 최종
호가수익률을 기준으로 하고, 통화안정증권수익률은 한국금융투
자협회가 매일 공시하는 1년만기 통화안정증권의 최종호가수익
률을 기준으로 한다.

$$\begin{aligned} & \text{외부지표금리수익률} \\ & = (\text{국고채수익률} \times 70\% + \text{통화안정증권수익률} \times 30\%) \end{aligned}$$

$$\text{※ 가중이동평균이율} = \frac{Mi(-3) + Mi(-2) \times 2 + Mi(-1) \times 3}{6}$$

- Mi(-3): 산출시점 직전 3월의 1일부터 직전 3월의 말일까지의
국고채평균수익률 및 통화안정증권평균수익률
- Mi(-2): 산출시점 직전 2월의 1일부터 직전 2월의 말일까지의
국고채평균수익률 및 통화안정증권평균수익률
- Mi(-1): 산출시점 직전 1월의 1일부터 직전 1월의 말일까지의
국고채평균수익률 및 통화안정증권평균수익률

③ 공시기준이율

공시기준이율은 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 3:7의 비율
로 가중평균하여 산출한 이율을 말하며 다음과 같다.

$$\text{공시기준이율} = \text{운용자산이익률} \times 30\% + \text{외부지표금리수익률} \times 70\%$$

④ 공시이율 = 공시기준이율 ± 조정이율

향후 예상수익률, 적정마진, 적용기간의 금리리스크 및 가격경쟁력
등 회사의 경영환경을 종합적으로 고려하여 조정이율을 적용한다.
단, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위내에서 결
정한다

⑤ ④항에도 불구하고 1.5%를 최저보증이율로 한다.

⑥ 세부적인 공시이율 운용방법은 회사에서 별도로 정한 “보장성 공
시이율1106 적용에 관한 세부지침”을 따른다.

【별표10】

악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
4. 뼈 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. 여성생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 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 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- ▶ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표11】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 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

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표12】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 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 중추 신경계통의 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 단클론감마병증	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

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표13】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표14】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표15】

고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준
질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적
은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계의 기타부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로
상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는
것으로 합니다.

【별표16】

11대특정암 분류표

약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계의 기타부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 담낭의 악성신생물	C23
8. 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성신생물	C24
9. 기관의 악성신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
11. 소장악성신생물	C17

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표17】

말기폐질환 분류표

약관에 규정하는 말기폐질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
2. 기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
3. 만성 하기도 질환	J40 ~ J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
5. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
7. 흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표18】

7대질병 분류표

약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환	B15 - B19 K70 - K77
고혈압	고혈압 질환	I10~I15
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성 하기도 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표19】

16대질병 분류표

약관에 규정하는 16대질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병 사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류기호
당 뇨 병	당뇨병	E10~E14
심장질환	급성 류마티스열	I00 ~ I02
	만성 류마티스 심장질환	I05 ~ I09
	허혈성 심장질환	I20 ~ I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26 ~ I28
	기타 형태의 심장병	I30 ~ I52
고 혈 압	고혈압 질환	I10 ~ I15
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60 ~ I69
간 질 환	바이러스 감염 간의 질환	B15 ~ B19 K70 ~ K77
위·십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25 K26 K27
갑 상 선 질환	갑상선의 장애 처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E00 ~ E07 E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속 상태	J46
폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
관 절 염	감염성 관절병증	M00 ~ M03
	염증성 다발관절병증	M05 ~ M14
	관절증	M15 ~ M19
	기타 관절장애	M20 ~ M25
백 내 장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
녹 내 장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결 핵	결핵 결핵의 후유증	A15 ~ A19 B90
신 부 전	신부전	N17 ~ N19

대 상 질 병		분류기호
생식기질환	남성 생식기관의 질환 여성 골반내 기관의 염증성 질환 여성 생식기관 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N40 ~ N45, N47 ~ N51 N70 ~ N77 N80 ~ N95
		N99

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표20】 여성생식기암 및 자궁적출수술 관련 분류표

【별표20-1】 여성생식기암 분류표

여성생식기암 분류표

약관에 규정하는 여성생식기암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
여성 생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
여성 생식기관의 제자리암종	
자궁경부의 제자리암종	D06
자궁내막의 제자리암종	D07.0
외음의 제자리암종	.1
질의 제자리암종	.2
기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	.3

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표20-2】 자궁적출수술 분류표

자궁적출수술의 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술비의 자궁적출수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

◦자궁적출수술(hysterectomy, ICD-9-CM 수술코드 기준)

대상이 되는 수술	ICD-9-CM Procedure
복식 부분자궁적출술(Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
복식 전자궁적출술(Total abdominal hysterectomy)	68.4
질식 전자궁적출술(Vaginal hysterectomy)	68.5
복식 근치자궁적출술(Radical abdominal hysterectomy)	68.6
질식 근치자궁적출술(Radical vaginal hysterectomy)	68.7
골반 장기적출술(Pelvic evisceration)	68.8
기타 및 상세불명 자궁적출술(Other and unspecified hysterectomy)	68.9

【별표21】

남성특정비뇨기계질환 분류표

약관에 규정하는 남성특정비뇨기계질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류 번호
사구체 질환	급성 신염 증후군	N00
	급속 진행성 신염 증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염 증후군	N03
	신 증후군	N04
	상세불명의 신염 증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립성 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
세뇨관-간 질 질환	급성 세뇨관-간질신염	N10
	만성 세뇨관-간질신염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질성 및 세뇨관 병태	N14
	기타 세뇨관-간질 질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 세뇨관-간질 장애	N16
신부전	급성 신부전	N17
	만성 신장질환	N18
	상세불명의 신부전	N19
신장 및 요관의 기타 장애	세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장 위축	N26
	원인미상의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨계통의 기타 질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	달리 분류된 질환에서의 요도 장애	N37
	비뇨기계통의 기타 장애	N39
남성 생식기관의 질환	음낭수류 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애	N49
	남성 생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성 생식기관의 장애	N51

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표22】

특정부위·질병 분류표

1 특정부위

번호	특 정 부 위
1	위.십이지장 또는 공장
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장
3	직장 또는 항문
4	간장, 담낭 또는 담관
5	췌장
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
7	코 (외비, 비강 또는 부비강 포함)
8	인두 또는 후두
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선 또는 설하선
10	귀 (외이, 고막, 중이, 내이, 청신경 및 유양돌기 포함)
11	안구 또는 안구부속기 (안경, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)
12	신장
13	요관, 방광 또는 요도
14	전립선
15	유방(유선 포함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)
17	난소 또는 난관
18	고환(고환초막 포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상선
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	선골부 또는 미골부(해당신경 포함)
24	좌견관절부
25	우견관절부
26	좌고관절부
27	우고관절부
28	좌상지(좌견관절부 제외)
29	우상지(우견관절부 제외)
30	좌하지(좌고관절부 제외)
31	우하지(우고관절부 제외)
32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우에 한함)
34	식도
35	대장(맹장 및 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술포함)
37	수골(手骨)
38	족골(足骨)
39	상·하악골(아래턱뼈)(上·下顎骨)

2 특정질병

번호	특 정 질 병
40	담석증
41	요로결석증
42	연골증, 관절증, 관절염
43	척추질환
47	심장질환
48	뇌혈관질환
49	고혈압
50	당뇨병
51	결핵

【별표23】

시청각질환 분류표

약관에 규정하는 시청각질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 장애	H00 ~ H06
결막의 장애	H10 ~ H13
공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15 ~ H22
수정체의 장애	H25 ~ H28
맥락막 및 망막의 장애	H30 ~ H36
녹내장	H40 ~ H42
유리체 및 안구의 장애	H43 ~ H45
시신경 및 시각로의 장애	H46 ~ H48
안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49 ~ H52
시각 장애 및 실명	H53 ~ H54
눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55 ~ H59
외이의 질환	H60 ~ H62
중이 및 유도의 질환	H65 ~ H75
내이의 질환	H80 ~ H83
귀의 기타 장애	H90 ~ H95

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표24】

여성만성질병 분류표

약관에 규정하는 여성만성질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 골다공증	
·병적 골절을 동반한 골다공증	M80
·병적 골절이 없는 골다공증	M81
·달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
·골연속성의 장애	M84
2. 관절염	
·화농성 관절염	M00
·달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염	M01
·반응성 관절병증	M02
·달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
·혈청검사 양성 류마티스 관절염	M05
·기타 류마티스 관절염	M06
·건선성 및 장병성 관절병증	M07
·연소성 관절염	M08
·달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염	M09
·통풍	M10
·기타 결정관절병증	M11
·기타 특이성 관절병증	M12
·기타 관절염	M13
·달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
·다발관절증	M15
·고관절증	M16
·무릎관절증	M17
·제1수근중수관절의 관절증	M18
·기타 관절증	M19
·손가락 및 발가락의 후천변형	M20
·사지의 기타 후천변형	M21
·무릎뼈의 장애	M22
·무릎의 내부 이상	M23
·기타 명시된 관절 이상	M24
·달리 분류되지 않은 기타 관절 장애	M25

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표25】

부인과질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 제자리 신생물	
·구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
·기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
·중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
·제자리흑색종	D03
·피부의 제자리암종	D04
·유방의 제자리암종	D05
·자궁경부의 제자리암종	D06
·기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
·기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09
2. 양성신생물	
·양성신생물	D10~D36
·행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D44, D47.0, D47.2 D47.7, D47.9 D48
3. 유방의 장애	
·양성 유방 형성이상	N60
·유방의 염증성 장애	N61
·유방의 비대	N62
·유방의 상세불명의 덩이	N63
·유방의 기타 장애	N64
4. 여성 골반내 기관의 염증성 질환	
·난관염 및 난소염	N70
·자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
·자궁경부의 염증성 질환	N72
·기타 여성 골반염증성 질환	N73
·달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
·바르톨린샘의 질환	N75
·질 및 외음부의 기타 염증	N76
·달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
5. 여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공수정과 관련된 합병증 제외)	
·자궁내막증	N80
·여성 생식기 탈출	N81
·여성 생식기를 포함한 누공	N82
·난소, 난관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
·여성 생식기의 폴립	N84
·경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
·자궁경부의 미란 및 외반	N86
·자궁경부의 이형성	N87
·자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
·질의 기타 비염증성 장애	N89
·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
·무월경, 소량 및 희발 월경	N91
·과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
·기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
·여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
·폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95

▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표26】

인후질환 분류표

약관에 규정하는 인후질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정
한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)
중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
편도주위 농양	J36
만성 후두염 및 후두기관염	J37
달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
상기도의 기타 질환	J39

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표27】

탈장질환 분류표

약관에 규정하는 탈장질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정
한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)
중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
사타구니탈장	K40
대퇴탈장	K41
배꼽탈장	K42
복벽탈장	K43
횡격막탈장	K44
기타 복부탈장	K45
상세불명의 복부탈장	K46

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표28】

담석·담도질환 분류표

약관에 규정하는 담석·담도질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
담석증	K80
담낭염	K81
담낭의 기타질환	K82
담도의 기타질환	K83

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표29】

노인성질병 분류표

약관에 규정하는 노인성질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류 번호
치매	알츠하이머병에서의 치매	F00
	혈관성 치매	F01
	달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
	상세불명의 치매	F03
	알츠하이머병	G30
파킨슨 병	파킨슨 병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
뇌혈관 질환	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표30】

식중독 분류표

약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표31】

치매 분류표

“치매로 진단확정되다”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 의사의 자격을 가진자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

여기에서 “치매”란 제6차 한국표준질병사인분류 (통계청고시 2010 - 246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
I. 알츠하이머병에서의 치매	F00
II. 혈관성 치매	F01
III. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
IV. 상세불명의 치매	F03
V. 치매에 병발된 섬망	F05.1

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표32】

유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표 (ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대 상 수 술	수술 및 처치 코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

【별표33】

소득상실유발 특정상해·질병 분류표

약관에 규정하는 소득상실유발 특정상해/질병으로 분류되는 상병 및 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병 및 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 상병 및 질병	분류번호
결핵	신경계통의 결핵 뼈 및 관절의 결핵 장, 복막 및 장간막 림프절의 결핵	A17 A18.0 A18.3
중추신경계통의 비정형 바이러스 감염	크로이츠펔트-야콥병 아급성 경화성 범뇌염 진행성 다초점백질뇌병증 중추신경계통의 기타 비정형 바이러스 감염 중추신경계통의 상세불명의 비정형 바이러스 감염	A81.0 A81.1 A81.2 A81.8 A81.9
바이러스 뇌염 및 수막염	모기 매개 바이러스 뇌염 진드기 매개 바이러스 뇌염 달리 분류되지 않은 기타 바이러스 뇌염 상세불명의 바이러스 뇌염 바이러스 수막염	A83 A84 A85 A86 A87
바이러스 감염	바이러스 감염	B15~B19
인체면역 결핍 바이러스병	인체면역결핍 바이러스병	B20~B24
기타 바이러스 질환	거대세포 바이러스병	B25
진균증	크립토코쿠스증	B45
악성신생물 관련	악성신생물 제자리 신생물 행동양식불명 또는 미상의 신생물	C00~C97, D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5, D00~D09, D37~D44, D47.0, D47.2, D47.7, D47.9, D48
양성신생물	수막의 양성신생물 뇌 및 기타중추신경계통 기타부분의 양성신생물	D32 D33
무형성빈혈	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증] 기타 무형성 빈혈	D60 D61
면역기전 침범 장애	사르코이드증	D86
기타 명시된 내분비 장애	조로증	E34.8
신경계통의 질환 신경계통의	헌팅톤병 조기발병 소뇌성 운동실조 만기발병 소뇌성 운동실조 운동뉴런질환 파킨슨 병	G10 G11.1 G11.2 G12.2 G20

구분	대상이 되는 상병 및 질병	분류번호
질환	알츠하이머병 다발성 경화증 염증성 다발신경병증 근무력증 및 기타 근신경장애 다발계통 변성	G30 G35 G61 G70 G90.3
만성 류마티스 심장질환	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
허혈성 심장질환	허혈성 심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
기타 형태의 심장병	급성 심낭염 기타 심낭의 질환 급성 및 아급성 심내막염 비류마티스성 승모판 장애 비류마티스성 대동맥판 장애 비류마티스성 삼첨판 장애 폐동맥판 장애 상세불명의 판막의 심내막염 급성심근염 심근병증	I30 I31 I33 I34 I35 I36 I37 I38 I40 I42
뇌출혈	지주막하 출혈 뇌내출혈 기타 비외상성 두 개내 출혈	I60 I61 I62
동맥 및 세동맥 질환	죽상경화증 대동맥동맥류 및 박리 기타 동맥류 및 박리 동맥색전증 및 혈전증 동맥 및 세동맥의 기타장애	I70 I71 I72 I74 I77
기타 폐질환	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
비감염성 장염 및 대장염	크론병[국한성 장염] 궤양성 결장염	K50 K51
간경화	알코올성 간섬유증 및 간의 경화 알코올성 간경화증 간의 섬유증 및 경화증을 동반한 독성 간질환 간의 섬유증 및 경화증 간의 만성 수동혈	K70.2 K70.3 K71.7 K74 K76.1
류마티스 관절염	혈청검사 양성 류마티스 관절염 기타 류마티스 관절염	M05 M06
관절증	고관절증 무릎관절증	M16 M17
전신 결합조직 장애	결절성 다발 동맥염 과민성 혈관염 혈전성 미세혈관병증 치사성 중앙선 육아종 베게너 육아종증 대동맥궁 증후군[다카야수] 기타 피부근육염	M30.0 M31.0 M31.1 M31.2 M31.3 M31.4 M33.1

구분	대상이 되는 상병 및 질병	분류번호
전신 결합조직 장애	다발근육염	M33.2
	상세불명의 피부다발근육염	M33.9
	전신경화증	M34
	건조증후군[웨그렌]	M35.0
	기타 중복 증후군	M35.1
	베체트병	M35.2
	류마티스성 다발 근통	M35.3
	미만성(호산구성) 근막염	M35.4
	다초점 섬유경화증	M35.5
	재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
	과가동성 증후군	M35.7
척추병증	강직성 척추염	M45
	척추협착	M48.0
	기타 명시된 척추병증	M48.8
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
공팔의 기능상실	급성 신부전	N17
	만성 신장질환	N18
	상세불명의 신부전	N19
장기 및 신경손상	뇌신경의 손상	S04
	두개내 손상	S06
	목 부위의 신경 및 척수의 손상	S14
	흉곽 부위의 신경 및 척수의 손상	S24
	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
	어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
	아래팔 부위의 신경의 손상	S54
	손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
	둔부 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
	아래다리 부분의 신경손상	S84
	발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
다발성 기타손상	목 부위의 신경 및 척수의 손상을 포함한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
	기타 여러 신체부위의 신경 및 척수의 손상	T06.1
	여러 신체부위의 신경의 손상	T06.2
	복부내 및 골반기관을 포함한 흉곽내 기관의 손상	T06.5
상세불명 부위 손상	상세불명의 척수 부위의 손상	T09.3
	몸통의 상세불명의 신경, 척추 신경뿌리 및 척추 신경총의 손상	T09.4
	상세불명의 팔 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
	상세불명의 하지 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
	상세불명의 신체부위의 신경손상	T14.4
3도 화상 부식	머리 및 목의 3도 화상	T20.3
	머리 및 목의 3도 부식	T20.7
	몸통의 3도 화상	T21.3
	몸통의 3도 부식	T21.7
	손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상	T22.3
	손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 부식	T22.7
	손목 및 손의 3도 화상	T23.3
3도 화상	손목 및 손의 3도 부식	T23.7

구분	대상이 되는 상병 및 질병	분류번호
부식	발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 3도 화상	T24.3
	발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 3도 부식	T24.7
	발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	발목 및 발의 3도 부식	T25.7
	적어도 한군데는 3도 화상의 언급이 있는 여러 신체 부위의 화상	T29.3
	적어도 한군데는 3도 부식의 언급이 있는 여러 신체 부위의 부식	T29.7
	상세불명 신체 부위의 3도 화상	T30.3
	상세불명 신체 부위의 3도 부식	T30.7

- ▶ 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 및 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병 및 질병이 있는 경우에는 그 상병 및 질병도 포함하는 것으로 합니다.

교통사고처리특례법 제3조제2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따른 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항의 규정을 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차 등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법등) 제1항·제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소)·제23조(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길통행 금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길건널목 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사 면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차 등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

【별표35】

특정전염병 분류표

약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1 - A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장 출혈성 대장균 감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33 - A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진[독일홍역]	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병	A48.1 - A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50 - B54

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표36】

총수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 총수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
급성 총수염(맹장염)	K35
기타 총수염(맹장염)	K36
상세불명의 총수염(맹장염)	K37
총수의 기타 질환	K38

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표37】

자녀7대암 분류표

약관에 규정하는 자녀7대암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	부위	대 상 질 병	분류번호
공통	뼈 및 관절연골	사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
		기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
	뇌 및 중추 신경계	수막의 악성신생물	C70
		뇌의 악성신생물	C71
		척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C72
	림프, 조혈, 및 관련조직	호지킨림프종	C81
		소포성 림프종	C82
		비소포성 림프종	C83
		성숙 T/NK-세포림프종	C84
		기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
		림프성 백혈병	C91
		골수성 백혈병	C92
		단핵구성 백혈병	C93
		명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
		상세불명 세포형의 백혈병	C95
남자	부 신	부신의 악성신생물	C74
	간	간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
	고 환	고환의 악성신생물	C62
여자	신 장	신우를 제외한 신장의 악성신생물	C64
	난 소	난소의 악성신생물	C56

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표38】

자녀10대질환 분류표

약관에 규정하는 자녀10대질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
1. 장·감염	콜레라	A00
	장티푸스 및 파라티푸스	A01
	기타 살모넬라 감염	A02
	이질라증	A03
	기타 세균성 장 감염	A04
	달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
	아메바증	A06
	기타 원충성 장 질환	A07
	바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
2. 결핵 및 결핵의 후유증	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 기관의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
3. 수막염	바이러스수막염	A87
	달리 분류되지 않은 세균수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
4. 간질	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	간질	G40
5. 중이염	간질지속상태	G41
	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
6. 급성 상기도염 및 급성 하기도염	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
	급성 비인두염[감기]	J00
	급성 부비동염	J01
	급성 인두염	J02
	급성 편도염	J03
	급성 후두염 및 기관염	J04
	급성 폐색성 후두염[크루프] 및 후두개염	J05
	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
	급성 기관지염	J20
	급성 세기관지염	J21
	상세불명의 급성 하기도 감염	J22

대 상 질 병		분류번호
7. 폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔균자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
8. 천식	천식	J45
	천식지속 상태	J46
9. 위, 십이지장 궤양 및 염증	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
	위공장궤양	K28
	위염 및 십이지장염	K29
10. 탈장 및 장폐색	사타구니탈장	K40
	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡경막탈장	K44
	기타 복부탈장	K45
	상세불명의 복부탈장	K46
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 창자 장폐색	K56

- ▶ 제7차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

MEMO

MEMO

MEMO