

무배당 NH다솜플러스종합보험¹⁹⁰⁴
약 관

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객권리 안내문

1. 금융서비스의 이용 범위

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

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 손해보험협회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법
 - o 서 면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
 - o 전 화 : 1644-9000

나. 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.

다. 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 중단시킬 수 없습니다)

- 신청방법
 - o 서 면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
 - o 전 화 : 1644-9000
 - o 인터넷 : <http://www.nhfire.co.kr>
- 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인 정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법
 - o 서 면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
 - o 전 화 : 1644-9000
 - o 인터넷 : <http://www.nhfire.co.kr>

※ 「개인정보보호법」 제37조에 따라 정보주체는 개인정보처리자에 대하여 자신의 개인정보 처리정지를 요구할 수 있으며, 이 경우 개인정보처리자는 특별한 사유가 없는 한 10일 이내에 개인정보 처리의 전부 또는 일부를 정지하여야 합니다.

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처

- NICE평가정보(주) ☎ 02-2122-4000 인터넷 www.niceinfo.co.kr
- 서울신용평가정보(주) ☎ 02-3445-5000 인터넷 www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰로(주) ☎ 02-707-5000 인터넷 www.kcb4u.com

※ NH농협손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님의게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

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

- 연락처

- 당사 개인신용정보 보호담당자
: 02-3786-7528 / 서울시 서대문구 총정로 60(미근동)
- 손해보험협회 개인신용정보 보호담당자
: 02-3702-8695 / 서울시 종로구 종로5길 68(수송동)
- 금융감독원 개인신용정보 보호담당자
: 국번없이 1332 / 서울시 영등포구 여의대로 38(여의도동)

꼭! 알아두세요

1. 이 약관내용 중 특별약관은 보험증권에 명기된 것에 한하여 적용합니다.
2. 청약서상의 주소, 성명, 생년월일 등 기재사항을 본인이 직접 정확하게 기재하셔야 하며, 내용을 충분히 확인하신 후 반드시 서명 날인하여야 합니다.
3. 건강상태나 직업에 대하여 회사가 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 상세히 알려야 합니다.
4. 청약서를 기재하기 전에 보험금을 지급받을 수 있는 경우와 보험금을 지급받을 수 없는 경우를 꼭 확인하십시오
5. 보험료를 내실 때에는 반드시 저희 회사가 발행한 보험료영수증을 받으시길 바랍니다.
6. 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 저희 회사에 알려 주시기 바랍니다.

농협손해보험 보험가입자를 위한 안내

귀하께서는 우리 농협손해보험주식회사와 보험계약을 체결하셨습니다. 현대사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

이 보험 안내서는 귀하께서 보험에 대한 합리적인 선택을 하시는데 도움을 드리고자 장기손해보험(연금저축손해보험 포함) 상품을 가입하시기 전에 꼭 알아두셔야 할 사항에 대하여 설명하고 있습니다. 해당사항에 대해 궁금한 점이 있으신 경우, 본사 고객센터(Tel : 1644-9000)나 인터넷 홈페이지(<http://www.nhfire.co.kr>)를 통해 문의하시면 상세히 안내하여 드리겠습니다.

- 가. 장기손해보험의 원리 및 특성
- 나. 장기손해보험상품의 유형
- 다. 장기손해보험상품의 선택방법
- 라. 장기손해보험 가입 시 유의사항
- 마. 장기손해보험가입자 보호제도

가. 장기손해보험의 원리 및 특성

- 장기손해보험계약은 당사자 일방이 약정한 보험료를 납입하고, 상대방이 재산 또는 생명이나 신체 등에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 발생

한 손해를 약관에서 정한 바에 따라 보상(보험금)받게 되는 경제적 준비 제도입니다.

- 장기손해보험은 다음과 같은 특성을 가지고 있습니다.
 - ① 장기손해보험은 보험계약자가 납입한 보험료 중에서 적립보험료 부분을 회사가 보험기간 동안 소정의 적립이율로 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.
 - ② 보험계약은 보험계약자가 청약의 하고 보험회사가 승낙을 하면 성립합니다. 보험계약자가 청약을 하고 보험료를 납부하신 후 30일 이내에 보험회사의 거절의 통지가 없으면 보험계약이 승낙된 것으로 봅니다.
 - ③ 장기손해보험의 보험료 납입은 연납을 원칙으로 하되 보험계약자의 선택에 따라 월납, 3월납, 6월납, 일시납 등으로 할 수 있습니다. 만기시 지급하는 만기환급금의 재원으로 인하여 보험료 규모가 크고, 보험기간이 장기인 점을 감안하여 납입주기를 다양하게 선택할 수 있도록 하고 있습니다.
 - ④ 보험계약자가 사정에 의하여 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 못하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상 120일한도의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 보험계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용 등을 알려드리며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다. 단, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고는 보상을 받을 수 있습니다.
 - ⑤ 보험계약이 보험료납입 지연 등으로 해지되었으나, 해지환급금을 받지 아니한 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 승낙한

때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료와 회사가 정하는 비율로 계산한 금액을 더하여 납입하시면 보험계약이 부활(효력회복)됩니다.

- ⑥ 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, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ⑦ 장기보험계약의 관련자는 보험계약자, 피보험자, 보험수익자, 보험회사로 구성됩니다.
 - 보험계약자는 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
 - 피보험자는 보험사고 발생의 대상이 되는 자 또는 보험금 청구권을 가지는 자입니다
 - 보험수익자는 보험사고 발생시 보험금 청구권을 가진 자입니다.
 - 보험회사는 보험금 지급의무를 지는 회사를 말합니다.

나. 장기손해보험의 유형

- 장기손해보험은 통상적으로 보험사고가 발생하여 손해를 입었을 경우에 보험금을 지급받고, 만기시에는 만기환급금을 지급받을 수 있도록 위험보장기능과 저축기능을 겸비한 보험상품입니다(순수보장성보험 제외). 이러한 기능을 갖는 장기손해보험은 보험소비자들의 다양한 요구에 따라 여러 가지 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.
- 아래에 열거한 장기손해보험의 종류는 손해보험 소비자의 이해를 돕기 위해 편의상 분류한 것으로 구체적인 상품의 종류 및 내용은 저희 회사 고객센터나 인터넷 홈페이지의 상품공시실을 통하여 쉽게 확인하실 수 있습니다.

니다.

- 재물보험
 - 화재 등으로 인해 보험의 목적인 재물에 생긴 손해를 보장하는 보험
- 상해보험
 - 일상생활도중 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
 - 만기시 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
 - 일정연령 이후에 생존하는 경우, 생활연금의 지급을 주된 목적으로 하는 보험

다. 장기손해보험상품의 선택방법

저희 회사는 보험소비자의 다양한 요구를 충족시키고자 여러 가지 유형의 상품을 개발하여 판매하고 있습니다. 이러한 여러 가지 유형의 상품 중에서 다음 사항을 고려하셔서 상품을 선택하시기 바랍니다.

- 보험에 가입하고자 하는 목적이 무엇인지를 고려하십시오.
보험에 가입하고자 하는 목적이 재산에 발생할 위험보장인지, 상해나 질환 등의 신체위험에 대한 보장인지 또는 재산증식이나 노후의 생활자금을 보장받을 목적인지 등 가입목적에 고려하여 선택하시기 바랍니다.
- 각종 위험에 대한 보험가입금액이 적정한지를 고려하십시오.
각종 사고로 인하여 재산에 손해가 발생할 때 또는 경제적 능력이 상실되었을 때 재산피해에 대한 복구비, 가족의 생계비, 의료비 등 필요한 비용 수준을 고려하여 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다. 그러나 보험상품은 보험가입금액이 커지면 보험회사에 납입해야 하는 보험료도 커지기 때문에 현재 또는 가까운 장래의 경제사정 등을 함께 감안하셔서 적절한 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.
- 가입을 원하시는 상품의 보험료와 보험금 등을 비교하셔야 하는데, 보험료는 다음과 같은 요인에 따라 변동될 수 있습니다.
 - 가입하실 보험상품의 손해의 범위(일반상해, 교통상해 등), 보험금 지급기준 및 지급방법(O배 보상, O회 분할지급, O배 체증지급) 등에 따라 보험료가 달라집니다.
 - 보험기간중 또는 보험기간이 끝난 후 회사가 지급을 약정한 환급금(중도·만기환급금)의 규모에 따라 보험료가 달라집니다.
 - 회사가 보험료를 받고 미래에 발생한 사고에 대한 보험금 또는 중도환급금, 만기환급금을 지급할 때까지 적용하기로 한 이율에 따라 보험료가 달라집니다. 이율이 낮을수록 보험료가 올라갑니다.

위에서 설명한 내용은 저희 회사 홈페이지 「상품공시실(상품요약서)」 또는 「가격공시실」 등에서 구체적으로 확인하실 수 있으며, 원하실 경우 저희 회사에 직접 방문하시어 보험상품과 관련된 기초서류 등을 열람하실 수도 있습니다.

라. 장기손해보험상품 가입시 유의사항

보험계약을 청약하실 때는 보험약관상 보험계약자의 권리나 의무사항을 반드시 확인하시고, 다음 사항에 유의하시기 바랍니다.

- 보험계약자의 자필서명
청약서는 보험계약자 본인이 작성하고 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하셔야 합니다. 보험계약을 체결할 때 청약서 작성내용(고지내용)에 대해 보험설계사 등에게 구두로 알린 경우에는 보험금을 지급받지 못하는 등 불이익을 받으실 수도 있으므로 청약서는 보험계약자 본인이 직접 작성하시고, 서명란에도 보험계약자 본인 및 피보험자가 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하셔야 합니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정 요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.
- 계약 전 알릴의무 및 계약 후 알릴의무
보험에 가입하실 때 청약서상의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하셔야 하며, 보험계약기간 중 피보험자의 직업 또는 직무변경으로 인한 위험증가 및 주소변경, 운전목적변경 등 보험약관에 정한 계약 후 알릴 의무사항이 발생하였을 경우 지체없이 회사에 알려주시고 보험증권에 확인을 받으셔야 합니다.
 - 보험에 가입하실 때(계약 전 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.
만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알렸을 경우, 보험가입이 거절될 수 있으며, 특히 그 내용이 「중요한 사항」에 해당하는 경

우에는 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있습니다.

※ 중요한 사항 : 회사가 그 사실을 알았다면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도제한, 일부특약 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항

■ 보험에 가입하신 후(계약 후 알릴의무 : 통지의무)

계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 아래와 같이 변경이 발생한 경우에는 지체없이 서면으로 저희 회사에 알려주시고 보험증권에 확인을 받으셔야 합니다.

- 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무를 변경한 때
- 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
- 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
- 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- 건물 내에서 영위하는 직업 또는 작업의 내용이 바뀐 경우
- 상기 이외의 위험이 뚜렷이 변경된 경우

보험계약자 등은 주소 또는 연락처가 변경된 경우, 그 변경내용을 지체없이 저희 회사에 알려 주셔야 합니다. 만일 알리지 않으신 경우, 보험계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등의 방법에 의해 보험계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 보험계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

● 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약해지

- 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(재물, 배상책임 손해 관련 보장에서 타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드

립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약 대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

■ 회사가 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명 또는 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자(재물, 배상책임 손해 관련 보장에서 타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

■ 보험료 납입 연체로 인해 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

● 계약의 무효

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

- 계약을 체결할 때 보험의 목적에 이미 손해가 발생한 경우
- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 보험계약 체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우(단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우는 제외)
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는

계약이 유효합니다.

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 상기 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

● 사기 등에 의한 보험계약의 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.

● 중도해지시 고려하여야 할 사항

- 보험계약자가 납입하는 보험료의 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자의 보험금으로 지급되고, 또 다른 일부는 회사의 보험계약 체결 및 유지, 관리에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도에 보험계약을 해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적을 수도 있고, 없을 수도 있습니다.
- 보험계약 해지 후 새로운 보험계약을 체결하게 되는 경우 연령이나 건강상태 등에 따라 보험료가 높아지거나, 보험가입이 곤란할 수도 있습니다.

마. 장기손해보험가입자 보호제도

● 품질보증제도

보험계약자가 보험가입시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 청약서에 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하지 않았을 경우, 약관의 중요한 내용을 설명받지 못하였을 때에는 청약일로부터 3개월 이내에 회사에 보험계약의 취소를 요구할 수 있는 「품질보증제도」를 운영하고 있습니다.
계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료와 보험료를 받은 기

간에 대하여 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 더하여 되 돌려 드립니다. 다만, 전자거래기본법에 의해 컴퓨터를 이용하여 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 전자우편 등의 방식을 통해 계약자 보관용 청약서를 드릴 수 있으며, 전화를 이용하여 계약을 체결한 때에는 대화내용을 문서화한 확인서를 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 드린 것으로 봅니다.

● 청약철회 청구제도

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)을 초과된 계약 및 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- 계약자가 청약을 철회할 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

● 보험계약대출제도

보험계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다(순수보장성보험 제외). 이 경우 보험계약자는 회사가 정한 이율(보험계약대출이율)에 따라 대출이자를 부담하여야 합니다.

● 해지계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 인해 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우, 보험계약자는 해지된 날로부터 3년 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.

● 예금자보호제도 안내

- 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 「최고 5천만원」이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.(단, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다)
- 위 내용은 예금자보호법 및 관련 법령의 개정에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며, 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자보호 안내책자 등을 참고하거나 예금보험공사(☎1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

● 손해보험계약의 제3자보호제도

손해보험회사의 청산 또는 파산 시 예금자보호법상 보장한도인 5천만원을 초과하는 손해보험 피해자의 피해액에 대하여 손해보험회사들이 사후적으로 기금을 출연·지급을 보장하는 제도입니다. 적용대상이 되는 보험계약은 보험업법 시행령 제80조에서 규정하고 있는 의무보험 등이며, 지급보장 대상은 피해자가 입은 신체손해(재물손해는 제외)로 하고, 보장한도는 개별법령의 보장한도에서 예금자보호법상의 보장금액을 제외한 전액을 보장합니다.

자주 발생하는 민원(예시)



□ 고지의무 관련

사례	평소 앓고 있던 질환에 대해 가입당시 모집인에게 구두로 이야기 했으나, 보험사에서는 해당질환을 계약전 알릴의무에 기재하지 않았다는 이유로 보험금 지급을 거절하고 계약을 강제 해지하는 것은 부당하다며 불만을 제기
유의 사항	보험회사가 서면으로 질문한 '계약전 알릴 의무'는 중요한내용으로 피보험자는 사실대로 작성해야 할 의무가 있음.

□ 만기환급금 과소 관련

사례	A씨는 가입당시, 만기까지 유지하면 원금에 이자까지 받을 수 있다는 설명을 듣고 보험에 가입하였으나, 만기환급금이 기납입보험료 보다 적다며 불만을 제기
유의 사항	납입보험료 중 일부는 보장성보험료로 사용되어 소멸하며, 저축성보험료에 소정의 이자가 더해진 것이 만기환급금임. 따라서 상품종류 및 보장내용에 따라 만기환급금은 기납입보험료 보다 적을 수 있습니다.

□ 자동갱신 적용특약 보험료 관련

사례	B씨는 10년 전에 가입한 갱신형 보장에 대한 갱신 안내문을 수령한 후, 관련 보험료가 예상보다 많이 인상되었다는 사실을 확인하고 불만제기
유의 사항	자동갱신 보장은 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 만기일의 다음날에 자동 갱신되고, 인상폭은 연령의 증가, 손해율, 의료수가 상승 등의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.



목 차

- 가입자 유의사항 30
- 주요내용 요약서 33
- 보험용어 해설 35

무배당 NH다솜플러스종합보험¹⁹⁰⁴ 보통약관 / 37

제1관 목적 및 용어의 정의 37

제1조(목적) 37

제2조(용어의 정의) 37

제2관 보험금의 지급 38

제3조(보험금의 지급사유) 38

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 38

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 39

제6조(보험금 지급사유의 통지) 39

제7조(보험금의 청구) 39

제8조(보험금의 지급절차) 40

제9조(공시이율의 적용 및 공시) 40

제10조(만기환급금의 지급) 41

제11조(보험금 받는 방법의 변경) 41

제12조(주소변경통지) 41

제13조(보험수익자의 지정) 41

제14조(대표자의 지정) 42

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 42

제15조(계약 전 알릴 의무) 42

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 42

제17조(알릴 의무 위반의 효과) 43

제18조(사기에 의한 계약) 44

제4관 보험계약의 성립과 유지 44

제19조(보험계약의 성립) 44

제20조(청약의 철회) 45

제21조(약관교부 및 설명의무 등) 45

제22조(계약의 무효) 46

제23조(계약내용의 변경 등) 46

제24조(보험나이 등) 47

제25조(계약의 소멸) 47

제5관 보험료의 납입 47

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 47

제27조(제2회 이후 보험료의 납입) 48

제28조(보험료의 납입면제) 48

제29조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 48

제30조(암, 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화 및 말기신부전증의 정의 및 진단확정) 50

제31조(보험료의 자동대출납입) 51

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 52

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 52

제34조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) 52

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 53

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 53

제36조(중대사유로 인한 해지) 53

제37조(회사의 파산선고와 해지) 53

제38조(해지환급금) 53

제39조(보험계약대출)	54
제40조(중도인출)	54
제41조(배당금의 지급)	54
제7관 분쟁의 조정 등	54
제42조(분쟁의 조정)	54
제43조(관할법원)	54
제44조(소멸시효)	55
제45조(약관의 해석)	55
제46조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	55
제47조(회사의 손해배상책임)	55
제48조(개인정보보호)	55
제49조(준거법)	55
제50조(예금보험에 의한 지급보장)	55

무배당 NH다솜플러스종합보험1904 특별약관 / 56

I. 상해관련 특별약관	56
1-1. 일반상해사망보장 특별약관	56
제1조(보험금의 지급사유)	56
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	56
제3조(특별약관의 소멸)	56
제4조(준용규정)	57
1-2. 갱신형 일반상해사망보장 특별약관	57
제1조(보험금의 지급사유)	57
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	57
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	57
제4조(특별약관의 소멸)	57
제5조(준용규정)	57

1-3. 일반상해사망(연만기)보장 특별약관	58
제1조(보험금의 지급사유)	58
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	58
제3조(특별약관의 소멸)	58
제4조(준용규정)	58
1-4. 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관	58
제1조(보험금의 지급사유)	58
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	59
제3조(특별약관의 소멸)	59
제4조(준용규정)	59
1-5. 갱신형 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관	59
제1조(보험금의 지급사유)	59
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	60
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	60
제4조(특별약관의 소멸)	60
제5조(준용규정)	60
1-6. 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	61
제1조(보험금의 지급사유)	61
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	61
제3조(입원의 정의와 장소)	61
제4조(특별약관의 소멸)	61
제5조(준용규정)	62
1-7. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	62
제1조(보험금의 지급사유)	62
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	62
제3조(입원의 정의와 장소)	62
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	63
제5조(특별약관의 소멸)	63
제6조(준용규정)	63
1-8. 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	63
제1조(보험금의 지급사유)	63

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 63
 제3조(입원의 정의와 장소) 65
 제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) 65
 제5조(특별약관의 소멸) 65
 제6조(준용규정) 66
1-9. 갱신형 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관 66
 제1조(보험금의 지급사유) 66
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 66
 제3조(입원의 정의와 장소) 67
 제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) 68
 제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 68
 제6조(특별약관의 소멸) 68
 제7조(준용규정) 69
1-10. 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 69
 제1조(보험금의 지급사유) 69
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 69
 제3조(입원의 정의와 장소) 69
 제4조(특별약관의 소멸) 70
 제5조(준용규정) 70
1-11. 갱신형 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 70
 제1조(보험금의 지급사유) 70
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 70
 제3조(입원의 정의와 장소) 71
 제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 71
 제5조(특별약관의 소멸) 71
 제6조(준용규정) 71
1-12. 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관 71
 제1조(보험금의 지급사유) 71
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 71
 제3조(수술의 정의와 장소) 72
 제4조(입원의 정의와 장소) 73

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 73
 제6조(특별약관의 소멸) 73
 제7조(준용규정) 73
1-13. 갱신형 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관 73
 제1조(보험금의 지급사유) 73
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 74
 제3조(수술의 정의와 장소) 74
 제4조(입원의 정의와 장소) 75
 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 75
 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 75
 제7조(특별약관의 소멸) 75
 제8조(준용규정) 75
1-14. 일반상해수술비보장 특별약관 76
 제1조(보험금의 지급사유) 76
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 76
 제3조(수술의 정의와 장소) 76
 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) 76
 제5조(특별약관의 소멸) 77
 제6조(준용규정) 77
1-15. 갱신형 일반상해수술비보장 특별약관 77
 제1조(보험금의 지급사유) 77
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 77
 제3조(수술의 정의와 장소) 77
 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) 78
 제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 78
 제6조(특별약관의 소멸) 78
 제7조(준용규정) 78
1-16. 중대한 특정상해수술비보장 특별약관 78
 제1조(보험금의 지급사유) 78
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 78
 제3조(뇌손상 등의 정의) 79

제4조(수술의 정의와 장소)	79
제5조(특별약관의 소멸)	79
제6조(준용규정)	80
1-17. 갱신형 중대한 특정상해수술비보장 특별약관	80
제1조(보험금의 지급사유)	80
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	80
제3조(뇌손상 등의 정의)	80
제4조(수술의 정의와 장소)	80
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	81
제6조(특별약관의 소멸)	81
제7조(준용규정)	81
1-18. 골절수술비보장 특별약관	81
제1조(보험금의 지급사유)	81
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	81
제3조(수술의 정의와 장소)	82
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	82
제5조(특별약관의 소멸)	82
제6조(준용규정)	82
1-19. 갱신형 골절수술비보장 특별약관	82
제1조(보험금의 지급사유)	82
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	82
제3조(수술의 정의와 장소)	83
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	83
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	83
제6조(특별약관의 소멸)	83
제7조(준용규정)	83
1-20. 골절진단비(치아파절제외)보장 특별약관	83
제1조(보험금의 지급사유)	83
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	84
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)	84
제4조(특별약관의 소멸)	84

제5조(준용규정)	84
1-21. 갱신형 골절진단비(치아파절제외)보장 특별약관	84
제1조(보험금의 지급사유)	84
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	84
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)	84
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	84
제5조(특별약관의 소멸)	85
제6조(준용규정)	85
1-22. 5대골절진단비보장 특별약관	85
제1조(보험금의 지급사유)	85
제2조(보험금지급에 관한 세부규정)	85
제3조(특별약관의 소멸)	85
제4조(준용규정)	85
1-23. 갱신형 5대골절진단비보장 특별약관	85
제1조(보험금의 지급사유)	85
제2조(보험금지급에 관한 세부규정)	85
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	86
제4조(특별약관의 소멸)	86
제5조(준용규정)	86
1-24. 화상진단비보장 특별약관	86
제1조(보험금의 지급사유)	86
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	86
제3조(특별약관의 소멸)	86
제4조(준용규정)	86
1-25. 갱신형 화상진단비보장 특별약관	87
제1조(보험금의 지급사유)	87
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	87
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	87
제4조(특별약관의 소멸)	87
제5조(준용규정)	87
1-26. 화상수술비보장 특별약관	87

제1조(보험금의 지급사유)	87
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	87
제3조(수술의 정의와 장소)	88
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	88
제5조(특별약관의 소멸)	88
제6조(준용규정)	88
1-27. 갱신형 화상수술비보장 특별약관	88
제1조(보험금의 지급사유)	88
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	88
제3조(수술의 정의와 장소)	89
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	89
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	89
제6조(특별약관의 소멸)	89
제7조(준용규정)	89
1-28. 중대한 화상 및 부식진단비보장 특별약관	90
제1조(보험금의 지급사유)	90
제2조(중대한 화상 및 부식진단의 정의 및 진단확정)	90
제3조(특별약관의 소멸)	90
제4조(준용규정)	90
1-29. 갱신형 중대한 화상 및 부식진단비보장 특별약관	90
제1조(보험금의 지급사유)	90
제2조(중대한 화상 및 부식진단의 정의 및 진단확정)	90
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	91
제4조(특별약관의 소멸)	91
제5조(준용규정)	91
1-30. 상해흉터복원수술비보장 특별약관	91
제1조(보험금의 지급사유)	91
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	92
제3조(수술의 정의와 장소)	92
제4조(특별약관의 소멸)	92
제5조(준용규정)	92

1-31. 갱신형 상해흉터복원수술비보장 특별약관	92
제1조(보험금의 지급사유)	92
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	93
제3조(수술의 정의와 장소)	93
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	93
제5조(특별약관의 소멸)	94
제6조(준용규정)	94

II. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망보장 특별약관	94
제1조(보험금의 지급사유)	94
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	94
제3조(특별약관의 소멸)	94
제4조(준용규정)	95
2-2. 갱신형 질병사망보장 특별약관	95
제1조(보험금의 지급사유)	95
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	95
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	95
제4조(특별약관의 소멸)	95
제5조(준용규정)	95
2-3. 질병사망(연안기)보장 특별약관	95
제1조(보험금의 지급사유)	95
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	95
제3조(특별약관의 소멸)	96
제4조(준용규정)	96
2-4. 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관	96
제1조(보험금의 지급사유)	96
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	96
제3조(특별약관의 소멸)	97
제4조(준용규정)	97

2-5. 갱신형 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관	97
제1조(보험금의 지급사유)	97
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	97
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	98
제4조(특별약관의 소멸)	98
제5조(준용규정)	98
2-6. 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관	98
제1조(보험금의 지급사유)	98
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	98
제3조(특별약관의 소멸)	99
제4조(준용규정)	99
2-7. 갱신형 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관	99
제1조(보험금의 지급사유)	99
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	99
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	100
제4조(특별약관의 소멸)	100
제5조(준용규정)	100
2-8. 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관	100
제1조(보험금의 지급사유)	100
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	101
제3조(특별약관의 소멸)	101
제4조(준용규정)	101
2-9. 갱신형 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관	101
제1조(보험금의 지급사유)	101
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	102
제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	102
제4조(특별약관의 소멸)	102
제5조(준용규정)	103
2-10. 질병입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	103
제1조(보험금의 지급사유)	103
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	103

제3조(입원의 정의와 장소)	103
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	104
제5조(특별약관의 소멸)	104
제6조(준용규정)	104
2-11. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	104
제1조(보험금의 지급사유)	104
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	104
제3조(입원의 정의와 장소)	105
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	105
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	105
제6조(특별약관의 소멸)	106
제7조(준용규정)	106
2-12. 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	106
제1조(보험금의 지급사유)	106
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	106
제3조(입원의 정의와 장소)	107
제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	108
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	108
제6조(특별약관의 소멸)	109
제7조(준용규정)	109
2-13. 갱신형 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	109
제1조(보험금의 지급사유)	109
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	109
제3조(입원의 정의와 장소)	111
제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	111
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	112
제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	112
제7조(특별약관의 소멸)	112
제8조(준용규정)	112
2-14. 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	112
제1조(보험금의 지급사유)	112

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 112
 제3조(입원의 정의와 장소) 113
 제4조(특별약관의 소멸) 113
 제5조(준용규정) 113
2-15. 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 .. 113
 제1조(보험금의 지급사유) 113
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 114
 제3조(입원의 정의와 장소) 114
 제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 114
 제5조(특별약관의 소멸) 114
 제6조(준용규정) 115
2-16. 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관 115
 제1조(보험금의 지급사유) 115
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 115
 제3조(7대질병의 정의 및 진단확정) 115
 제4조(입원의 정의와 장소) 116
 제5조(특별약관의 소멸) 116
 제6조(준용규정) 116
2-17. 갱신형 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관 116
 제1조(보험금의 지급사유) 116
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 116
 제3조(7대질병의 정의 및 진단확정) 117
 제4조(입원의 정의와 장소) 117
 제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 117
 제6조(특별약관의 소멸) 117
 제7조(준용규정) 118
2-18. 질병수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관 118
 제1조(보험금의 지급사유) 118
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 118
 제3조(수술의 정의와 장소) 119
 제4조(입원의 정의와 장소) 120

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 120
 제6조(특별약관의 소멸) 121
 제7조(준용규정) 121
2-19. 갱신형 질병수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관 121
 제1조(보험금의 지급사유) 121
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 121
 제3조(수술의 정의와 장소) 122
 제4조(입원의 정의와 장소) 123
 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 123
 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 124
 제7조(특별약관의 소멸) 124
 제8조(준용규정) 124
2-20. 질병수술비보장 특별약관 125
 제1조(보험금의 지급사유) 125
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 125
 제3조(수술의 정의와 장소) 125
 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) 125
 제5조(특별약관의 소멸) 126
 제6조(준용규정) 126
2-21. 갱신형 질병수술비보장 특별약관 126
 제1조(보험금의 지급사유) 126
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 126
 제3조(수술의 정의와 장소) 127
 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) 127
 제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 128
 제6조(특별약관의 소멸) 128
 제7조(준용규정) 128
2-22. 71대질병수술비보장 특별약관 128
 제1조(보험금의 지급사유) 128
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 129
 제3조(71대질병의 정의 및 진단확정) 129

제4조(수술의 정의와 장소)	129
제5조(특별약관의 소멸)	130
제6조(준용규정)	130
2-23. 갱신행 71대질병수술비보장 특별약관	130
제1조(보험금의 지급사유)	130
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	131
제3조(71대질병의 정의 및 진단확정)	131
제4조(수술의 정의와 장소)	131
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	132
제6조(특별약관의 소멸)	132
제7조(준용규정)	132
2-24. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관	132
제1조(보험금의 지급사유)	132
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	133
제3조(암의 정의 및 진단확정)	133
제4조(특별약관의 무효)	133
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	133
제6조(특별약관의 소멸)	133
제7조(준용규정)	133
2-25. 갱신행 암진단비(유사암제외)보장 특별약관	134
제1조(보험금의 지급사유)	134
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	134
제3조(암의 정의 및 진단확정)	134
제4조(특별약관의 무효)	135
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	135
제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	135
제7조(특별약관의 소멸)	135
제8조(준용규정)	135
2-26. 유사암진단비보장 특별약관	135
제1조(보험금의 지급사유)	135
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	136

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 정의 및 진단확정) · 136	
제4조(특별약관의 소멸)	136
제5조(준용규정)	136
2-27. 갱신행 유사암진단비보장 특별약관	136
제1조(보험금의 지급사유)	136
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	137
제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 정의 및 진단확정) 137	
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	137
제5조(특별약관의 소멸)	137
제6조(준용규정)	138
2-28. 암진단비(소액암제외)보장 특별약관	138
제1조(보험금의 지급사유)	138
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	138
제3조(암(소액암제외)의 정의 및 진단확정)	138
제4조(특별약관의 무효)	139
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	139
제6조(특별약관의 소멸)	139
제7조(준용규정)	139
2-29. 갱신행 암진단비(소액암제외)보장 특별약관	140
제1조(보험금의 지급사유)	140
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	140
제3조(암(소액암제외)의 정의 및 진단확정)	140
제4조(특별약관의 무효)	141
제5조(보험료 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	141
제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	141
제7조(특별약관의 소멸)	141
제8조(준용규정)	142
2-30. 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 특별약관 · 142	
제1조(보험금의 지급사유)	142
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	143
제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) · 143	

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 직접적인 치료의 정의) ··· 143
 제5조(입원의 정의와 장소) ········· 144
 제6조(특별약관의 무효) ········· 144
 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ······· 144
 제8조(특별약관의 소멸) ········· 144
 제9조(준용규정) ········· 145

2-31. 갱신형 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 특별약관 ········· 145

제1조(보험금의 지급사유) ········· 145
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ········· 146
 제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) ··· 146
 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 직접적인 치료의 정의) ··· 147
 제5조(입원의 정의와 장소) ········· 147
 제6조(특별약관의 무효) ········· 147
 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ······· 147
 제8조(특별약관의 갱신 및 보험기간) ········· 147
 제9조(특별약관의 소멸) ········· 148
 제10조(준용규정) ········· 148

2-32. 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)보장 특별약관 ········· 148

제1조(보험금의 지급사유) ········· 148
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ········· 149
 제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) ··· 150
 제4조(입원의 정의와 장소) ········· 150
 제5조(특별약관의 무효) ········· 150
 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ······· 150
 제7조(특별약관의 소멸) ········· 150
 제8조(준용규정) ········· 151

2-33. 갱신형 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)보장 특별약관 ········· 151

제1조(보험금의 지급사유) ········· 151
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ········· 152
 제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) ··· 153

제4조(입원의 정의와 장소) ········· 153
 제5조(특별약관의 무효) ········· 153
 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ······· 153
 제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간) ········· 153
 제8조(특별약관의 소멸) ········· 154
 제9조(준용규정) ········· 154

2-34. 암수술비보장 특별약관 ········· 154

제1조(보험금의 지급사유) ········· 154
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ········· 154
 제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) ··· 155
 제4조(수술의 정의와 장소) ········· 155
 제5조(특별약관의 무효) ········· 156
 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ······· 156
 제7조(특별약관의 소멸) ········· 156
 제8조(준용규정) ········· 156

2-35. 갱신형 암수술비보장 특별약관 ········· 156

제1조(보험금의 지급사유) ········· 156
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ········· 157
 제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) ··· 157
 제4조(수술의 정의와 장소) ········· 158
 제5조(특별약관의 무효) ········· 158
 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ······· 158
 제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간) ········· 158
 제8조(특별약관의 소멸) ········· 159
 제9조(준용규정) ········· 159

2-36. 항암방사선·약물치료비(최초1회한)보장 특별약관 ········· 159

제1조(보험금의 지급사유) ········· 159
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ········· 160
 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) ········· 160
 제4조(특별약관의 무효) ········· 160
 제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ······· 160

제6조(특별약관의 소멸)	161
제7조(준용규정)	161
2-37. 갱신형 항암방사선·약물치료비(최초1회한)보장 특별약관	161
제1조(보험금의 지급사유)	161
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	162
제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)	162
제4조(특별약관의 무효)	162
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	162
제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	163
제7조(특별약관의 소멸)	163
제8조(준용규정)	163
2-38. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관	163
제1조(보험금의 지급사유)	163
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	163
제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)	164
제4조(특별약관의 무효)	164
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	164
제6조(특별약관의 소멸)	164
제7조(준용규정)	164
2-39. 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관	164
제1조(보험금의 지급사유)	164
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	165
제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)	165
제4조(특별약관의 무효)	165
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	166
제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	166
제7조(특별약관의 소멸)	166
제8조(준용규정)	166
2-40. 3대특정암진단비보장 특별약관	166
제1조(보험금의 지급사유)	166
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	166

제3조(3대특정암의 정의 및 진단확정)	167
제4조(특별약관의 무효)	167
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	167
제6조(특별약관의 소멸)	167
제7조(준용규정)	167
2-41. 갱신형 3대특정암진단비보장 특별약관	167
제1조(보험금의 지급사유)	167
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	168
제3조(3대특정암의 정의 및 진단확정)	168
제4조(특별약관의 무효)	168
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	168
제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	169
제7조(특별약관의 소멸)	169
제8조(준용규정)	169
2-42. 5대부위특정암진단비보장 특별약관	169
제1조(보험금의 지급사유)	169
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	169
제3조(5대부위특정암의 정의 및 진단확정)	169
제4조(특별약관의 무효)	170
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	170
제6조(특별약관의 소멸)	170
제7조(준용규정)	170
2-43. 갱신형 5대부위특정암진단비보장 특별약관	170
제1조(보험금의 지급사유)	170
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	171
제3조(5대부위특정암의 정의 및 진단확정)	171
제4조(특별약관의 무효)	171
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	171
제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	171
제7조(특별약관의 소멸)	172
제8조(준용규정)	172

2-44. 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비
(최초1회한)보장 특별약관 172

제1조(보험금의 지급사유) 172

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 172

제3조(여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비의 정의 및 진단확정) 172

제4조(수술의 정의와 장소) 173

제5조(특별약관의 무효) 173

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 173

제7조(특별약관의 소멸) 173

제8조(준용규정) 174

2-45. 갱신형 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비
(최초1회한)보장 특별약관 174

제1조(보험금의 지급사유) 174

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 174

제3조(여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비의 정의 및 진단확정) 174

제4조(수술의 정의와 장소) 175

제5조(특별약관의 무효) 175

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 175

제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 175

제8조(특별약관의 소멸) 176

제9조(준용규정) 176

2-46. 양성뇌종양진단비보장 특별약관 176

제1조(보험금의 지급사유) 176

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 176

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정) 176

제4조(특별약관의 소멸) 176

제5조(준용규정) 177

2-47. 갱신형 양성뇌종양진단비보장 특별약관 177

제1조(보험금의 지급사유) 177

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 177

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정) 177

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 177

제5조(특별약관의 소멸) 177

제6조(준용규정) 178

2-48. 뇌출혈진단비보장 특별약관 178

제1조(보험금의 지급사유) 178

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 178

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정) 178

제4조(특별약관의 소멸) 178

제5조(준용규정) 178

2-49. 갱신형 뇌출혈진단비보장 특별약관 178

제1조(보험금의 지급사유) 178

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 179

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정) 179

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 179

제5조(특별약관의 소멸) 179

제6조(준용규정) 179

2-50. 뇌졸중진단비보장 특별약관 179

제1조(보험금의 지급사유) 179

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 180

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정) 180

제4조(특별약관의 소멸) 180

제5조(준용규정) 180

2-51. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관 180

제1조(보험금의 지급사유) 180

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 181

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정) 181

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 181

제5조(특별약관의 소멸) 181

제6조(준용규정) 181

2-52. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관	181
제1조(보험금의 지급사유)	181
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	182
제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)	182
제4조(특별약관의 소멸)	182
제5조(준용규정)	182
2-53. 갱신형 뇌혈관질환진단비보장 특별약관	182
제1조(보험금의 지급사유)	182
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	182
제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)	182
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	183
제5조(특별약관의 소멸)	183
제6조(준용규정)	183
2-54. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관	183
제1조(보험금의 지급사유)	183
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	183
제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)	183
제4조(수술의 정의와 장소)	184
제5조(특별약관의 소멸)	184
제6조(준용규정)	184
2-55. 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관	184
제1조(보험금의 지급사유)	184
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	185
제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)	185
제4조(수술의 정의와 장소)	185
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	185
제6조(특별약관의 소멸)	185
제7조(준용규정)	186
2-56. 급성심근경색증진단비보장 특별약관	186
제1조(보험금의 지급사유)	186
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	186

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)	186
제4조(특별약관의 소멸)	186
제5조(준용규정)	186
2-57. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관	187
제1조(보험금의 지급사유)	187
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	187
제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)	187
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	187
제5조(특별약관의 소멸)	187
제6조(준용규정)	187
2-58. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관	188
제1조(보험금의 지급사유)	188
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	188
제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)	188
제4조(특별약관의 소멸)	188
제5조(준용규정)	188
2-59. 갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특별약관	188
제1조(보험금의 지급사유)	188
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	189
제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)	189
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	189
제5조(특별약관의 소멸)	189
제6조(준용규정)	189
2-60. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관	189
제1조(보험금의 지급사유)	189
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	190
제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)	190
제4조(수술의 정의와 장소)	190
제5조(특별약관의 소멸)	190
제6조(준용규정)	191
2-61. 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관	191

제1조(보험금의 지급사유) 191
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 191
 제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정) 191
 제4조(수술의 정의와 장소) 191
 제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 192
 제6조(특별약관의 소멸) 192
 제7조(준용규정) 192
2-62. 말기간경화진단비보장 특별약관 192
 제1조(보험금의 지급사유) 192
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 192
 제3조(말기간경화의 정의 및 진단확정) 192
 제4조(특별약관의 소멸) 193
 제5조(준용규정) 193
2-63. 갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관 193
 제1조(보험금의 지급사유) 193
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 193
 제3조(말기간경화의 정의 및 진단확정) 193
 제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 193
 제5조(특별약관의 소멸) 194
 제6조(준용규정) 194
2-64. 말기폐질환진단비보장 특별약관 194
 제1조(보험금의 지급사유) 194
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 194
 제3조(말기폐질환의 정의 및 진단확정) 194
 제4조(특별약관의 소멸) 194
 제5조(준용규정) 195
2-65. 갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관 195
 제1조(보험금의 지급사유) 195
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 195
 제3조(말기폐질환의 정의 및 진단확정) 195
 제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 195

제5조(특별약관의 소멸) 195
 제6조(준용규정) 195
2-66. 말기신부전증진단비보장 특별약관 196
 제1조(보험금의 지급사유) 196
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 196
 제3조(말기신부전증의 정의 및 진단확정) 196
 제4조(특별약관의 소멸) 196
 제5조(준용규정) 196
2-67. 갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관 196
 제1조(보험금의 지급사유) 196
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 197
 제3조(말기신부전증의 정의 및 진단확정) 197
 제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 197
 제5조(특별약관의 소멸) 197
 제6조(준용규정) 197
2-68. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관 197
 제1조(보험금의 지급사유) 197
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 198
 제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정) 198
 제4조(특별약관의 소멸) 198
 제5조(준용규정) 198
2-69. 갱신형 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관 198
 제1조(보험금의 지급사유) 198
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 199
 제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정) 199
 제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 199
 제5조(특별약관의 소멸) 199
 제6조(준용규정) 199
2-70. 부인과질병의원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관 200
 제1조(보험금의 지급사유) 200
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 200

제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)	200
제4조(입원의 정의와 장소)	200
제5조(특별약관의 소멸)	201
제6조(준용규정)	201
2-71. 갱신형 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관	201
제1조(보험금의 지급사유)	201
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	201
제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)	202
제4조(입원의 정의와 장소)	202
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	202
제6조(특별약관의 소멸)	202
제7조(준용규정)	202
2-72. 부인과질병수술비보장 특별약관	202
제1조(보험금의 지급사유)	202
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	202
제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)	203
제4조(수술의 정의와 장소)	203
제5조(특별약관의 소멸)	203
제6조(준용규정)	203
2-73. 갱신형 부인과질병수술비보장 특별약관	203
제1조(보험금의 지급사유)	203
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	203
제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)	204
제4조(수술의 정의와 장소)	204
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	204
제6조(특별약관의 소멸)	204
제7조(준용규정)	204
2-74. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관	205
제1조(보험금의 지급사유)	205
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	205
제3조(조혈모세포이식의 정의 및 진단확정)	205

제4조(수술의 정의와 장소)	205
제5조(특별약관의 소멸)	206
제6조(준용규정)	206
2-75. 갱신형 조혈모세포이식수술비보장 특별약관	206
제1조(보험금의 지급사유)	206
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	206
제3조(조혈모세포이식수술의 정의 및 진단확정)	206
제4조(수술의 정의와 장소)	207
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	207
제6조(특별약관의 소멸)	207
제7조(준용규정)	207
2-76. 총수염수술비보장 특별약관	207
제1조(보험금의 지급사유)	207
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	207
제3조(총수염의 정의 및 진단확정)	208
제4조(수술의 정의와 장소)	208
제5조(특별약관의 소멸)	208
제6조(준용규정)	208
2-77. 갱신형 총수염수술비보장 특별약관	208
제1조(보험금의 지급사유)	208
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	209
제3조(총수염의 정의 및 진단확정)	209
제4조(수술의 정의와 장소)	209
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	209
제6조(특별약관의 소멸)	209
제7조(준용규정)	209
2-78. 탈장수술비보장 특별약관	210
제1조(보험금의 지급사유)	210
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	210
제3조(탈장의 정의 및 진단확정)	210
제4조(수술의 정의와 장소)	210

제5조(특별약관의 소멸) 210
 제6조(준용규정) 210
2-79. 갱신형 탈장수술비보장 특별약관 211
 제1조(보험금의 지급사유) 211
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 211
 제3조(탈장의 정의 및 진단확정) 211
 제4조(수술의 정의와 장소) 211
 제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 211
 제6조(특별약관의 소멸) 212
 제7조(준용규정) 212
2-80. 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관 212
 제1조(보험금의 지급사유) 212
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 212
 제3조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정) 212
 제4조(수술의 정의와 장소) 213
 제5조(특별약관의 소멸) 213
 제6조(준용규정) 213
2-81. 갱신형 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관 213
 제1조(보험금의 지급사유) 213
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 214
 제3조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정) 214
 제4조(수술의 정의와 장소) 214
 제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 215
 제6조(특별약관의 소멸) 215
 제7조(준용규정) 215
2-82. 추간판장애수술비보장 특별약관 215
 제1조(보험금의 지급사유) 215
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 215
 제3조(추간판장애의 정의 및 진단확정) 215
 제4조(수술의 정의와 장소) 216
 제5조(특별약관의 소멸) 216

제6조(준용규정) 216
2-83. 갱신형 추간판장애수술비보장 특별약관 216
 제1조(보험금의 지급사유) 216
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 216
 제3조(추간판장애의 정의 및 진단확정) 216
 제4조(수술의 정의와 장소) 217
 제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 217
 제6조(특별약관의 소멸) 217
 제7조(준용규정) 217

Ⅲ. 상해 및 질병관련 특별약관 218

3-1. 김치치료비보장 특별약관 218
 제1조(보험금의 지급사유) 218
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 218
 제3조(특별약관의 소멸) 218
 제4조(준용규정) 218
3-2. 갱신형 김치치료비보장 특별약관 218
 제1조(보험금의 지급사유) 218
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 219
 제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 219
 제4조(특별약관의 소멸) 219
 제5조(준용규정) 219
3-3. 5대장기이식수술비보장 특별약관 219
 제1조(보험금의 지급사유) 219
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 219
 제3조(수술의 정의와 장소) 219
 제4조(특별약관의 소멸) 220
 제5조(준용규정) 220
3-4. 갱신형 5대장기이식수술비보장 특별약관 220
 제1조(보험금의 지급사유) 220

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	220
제3조(수술의 정의와 장소)	220
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	221
제5조(특별약관의 소멸)	221
제6조(준용규정)	221
3-5. 인공관절수술비보장 특별약관	221
제1조(보험금의 지급사유)	221
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	222
제3조(수술의 정의와 장소)	222
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	222
제5조(특별약관의 소멸)	222
제6조(준용규정)	222
3-6. 갱신형 인공관절수술비보장 특별약관	222
제1조(보험금의 지급사유)	222
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	223
제3조(수술의 정의와 장소)	223
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	223
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	223
제6조(특별약관의 소멸)	224
제7조(준용규정)	224
3-7. 고관절인공관절수술비보장 특별약관	224
제1조(보험금의 지급사유)	224
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	224
제3조(수술의 정의와 장소)	224
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	225
제5조(특별약관의 소멸)	225
제6조(준용규정)	225
3-8. 갱신형 고관절인공관절수술비보장 특별약관	225
제1조(보험금의 지급사유)	225
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	225
제3조(수술의 정의와 장소)	226

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	226
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	226
제6조(특별약관의 소멸)	226
제7조(준용규정)	226
3-9. 각막이식수술비보장 특별약관	226
제1조(보험금의 지급사유)	226
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	227
제3조(수술의 정의와 장소)	227
제4조(특별약관의 소멸)	227
제5조(준용규정)	227
3-10. 갱신형 각막이식수술비보장 특별약관	227
제1조(보험금의 지급사유)	227
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	228
제3조(수술의 정의와 장소)	228
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	228
제5조(특별약관의 소멸)	228
제6조(준용규정)	228
3-11. 유방절제수술비보장 특별약관	229
제1조(보험금의 지급사유)	229
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	229
제3조(수술의 정의와 장소)	229
제4조(특별약관의 소멸)	229
제5조(준용규정)	229
3-12. 갱신형 유방절제수술비보장 특별약관	230
제1조(보험금의 지급사유)	230
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	230
제3조(수술의 정의와 장소)	230
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	230
제5조(특별약관의 소멸)	230
제6조(준용규정)	231

IV. 간병관련 특별약관 231

4-1. 장기요양진단비(1급)보장 특별약관 231

제1조(보험금의 지급사유) 231

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 231

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 231

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) 232

제5조(특별약관의 소멸) 232

제6조(준용규정) 232

4-2. 갱신형 장기요양진단비(1급)보장 특별약관 232

제1조(보험금의 지급사유) 232

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 233

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 233

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) 233

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 233

제6조(특별약관의 소멸) 234

제7조(준용규정) 234

4-3. 장기요양진단비(1~2급)보장 특별약관 234

제1조(보험금의 지급사유) 234

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 234

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 234

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) 234

제5조(특별약관의 소멸) 235

제6조(준용규정) 235

4-4. 갱신형 장기요양진단비(1~2급)보장 특별약관 235

제1조(보험금의 지급사유) 235

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 235

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 235

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) 235

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 236

제6조(특별약관의 소멸) 236

제7조(준용규정) 236

4-5. 장기요양진단비(1~4급)보장 특별약관 237

제1조(보험금의 지급사유) 237

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 237

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 237

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) 237

제5조(특별약관의 소멸) 238

제6조(준용규정) 238

4-6. 갱신형 장기요양진단비(1~4급)보장 특별약관 238

제1조(보험금의 지급사유) 238

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 238

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 238

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) 238

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 239

제6조(특별약관의 소멸) 239

제7조(준용규정) 239

V. 비용손해관련 특별약관 240

5-1. 교통사고처리지원금(II)보장 특별약관 240

제1조(보험금의 지급사유) 240

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 241

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 241

제4조(보험금의 비례분담) 242

제5조(특별약관의 소멸) 242

제6조(준용규정) 242

5-2. 갱신형 교통사고처리지원금(II)보장 특별약관 242

제1조(보험금의 지급사유) 242

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 243

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 244

제4조(보험금의 비례분담) 244

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	245
제6조(특별약관의 소멸)	245
제7조(준용규정)	245
5-3. 자동차사고부상치료비(운전자)보장 특별약관	245
제1조(보험금의 지급사유)	245
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	245
제3조(교통사고의 정의)	245
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	246
제5조(특별약관의 소멸)	246
제6조(준용규정)	246
5-4. 갱신행 자동차사고부상치료비(운전자)보장 특별약관	246
제1조(보험금의 지급사유)	246
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	247
제3조(교통사고의 정의)	247
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	247
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	248
제6조(특별약관의 소멸)	248
제7조(준용규정)	248
5-5. 자동차사고부상치료비(비운전자)보장 특별약관	248
제1조(보험금의 지급사유)	248
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	248
제3조(비운전중 교통사고의 정의)	249
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	249
제5조(특별약관의 소멸)	249
제6조(준용규정)	249
5-6. 갱신행 자동차사고부상치료비(비운전자)보장 특별약관	250
제1조(보험금의 지급사유)	250
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	250
제3조(비운전중 교통사고의 정의)	250
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	251
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	251

제6조(특별약관의 소멸)	251
제7조(준용규정)	251
5-7. 자동차사고성형수술비보장 특별약관	251
제1조(보험금의 지급사유)	251
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	252
제3조(수술의 정의와 장소)	252
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	252
제5조(특별약관의 소멸)	252
제6조(준용규정)	252
5-8. 갱신행 자동차사고성형수술비보장 특별약관	253
제1조(보험금의 지급사유)	253
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	253
제3조(수술의 정의와 장소)	253
제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)	254
제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	254
제6조(특별약관의 소멸)	254
제7조(준용규정)	254
5-9. 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관	254
제1조(보험금의 지급사유)	254
제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)	255
제3조(보험금의 청구)	256
제4조(특별약관의 소멸)	256
제5조(준용규정)	256
5-10. 갱신행 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관	256
제1조(보험금의 지급사유)	256
제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)	257
제3조(보험금의 청구)	257
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	257
제5조(특별약관의 소멸)	258
제6조(준용규정)	258
5-11. 자동차사고벌금비용보장 특별약관	258

제1조(보험금의 지급사유) 258
 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유) 259
 제3조(특별약관의 소멸) 259
 제4조(준용규정) 259
5-12. 갱신형 자동차사고별금비용보장 특별약관 259
 제1조(보험금의 지급사유) 259
 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유) 260
 제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 260
 제4조(특별약관의 소멸) 260
 제5조(준용규정) 260
5-13. 의료사고법률비용보장 특별약관 261
 제1조(보험금의 지급사유) 261
 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유) 261
 제3조(보험금의 청구) 261
 제4조(특별약관의 소멸) 261
 제5조(준용규정) 261
5-14. 갱신형 의료사고법률비용보장 특별약관 261
 제1조(보험금의 지급사유) 261
 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유) 262
 제3조(보험금의 청구) 262
 제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 262
 제5조(특별약관의 소멸) 262
 제6조(준용규정) 262
5-15. 출원비용보장 특별약관 262
 제1조(보험금의 지급사유) 262
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 263
 제3조(골프장 등의 정의) 263
 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) 263
 제5조(보험금의 청구) 263
 제6조(특별약관의 소멸) 263
 제7조(준용규정) 264

5-16. 갱신형 출원비용보장 특별약관 264
 제1조(보험금의 지급사유) 264
 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 264
 제3조(골프장 등의 정의) 264
 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) 264
 제5조(보험금의 청구) 264
 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 265
 제7조(특별약관의 소멸) 265
 제8조(준용규정) 265

Ⅵ. 배상책임손해관련 특별약관 265

6-0. 배상책임 관련 특별약관 일반조항 265

제1관 목적 및 용어의 정의 265
 제1조(목적) 265
 제2조(용어의 정의) 265
제2관 보험금의 지급 266
 제3조(손해의 통지 및 조사) 266
 제4조(보험금의 청구) 266
 제5조(보험금의 지급절차) 266
 제6조(의무보험과의 관계) 266
 제7조(보험금의 분담) 267
 제8조(손해방지 의무) 267
 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 267
 제10조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등) 267
 제11조(대위권) 268
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 268
 제12조(계약 전 알릴 의무) 268
 제13조(계약 후 알릴 의무) 268
 제14조(양도) 269
 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 269

제16조(사기에 의한 계약)	269
제4관 보험계약의 성립과 유지	269
제17조(보험계약의 성립)	269
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	270
제19조(계약의 무효)	270
제20조(계약내용의 변경 등)	270
제21조(조사)	271
제22조(타인을 위한 계약)	271
제5관 보험료의 납입	271
제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	271
제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ..	272
제25조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))	272
제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	273
제26조(계약자의 임의해지)	273
제27조(중대사유로 인한 해지)	273
제28조(준용규정)	273
6-1. 가족일상생활중배상책임보장 특별약관	273
제1조(보상하는 손해)	273
제2조(보험금 등의 지급한도)	274
제3조(보상하지 않는 손해)	274
제4조(특별약관의 소멸)	275
제5조(준용규정)	275
6-2. 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관	275
제1조(보상하는 손해)	275
제2조(보험금 등의 지급한도)	276
제3조(보상하지 않는 손해)	276
제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)	277
제5조(특별약관의 소멸)	277
제6조(준용규정)	277

Ⅶ. 제도성 특별약관	278
7-1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	278
제1조(특별약관의 체결 및 효력)	278
제2조(특별면책조건의 내용)	278
제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))	279
제4조(준용규정)	279
7-2. 보험료자동납입 특별약관	279
제1조(보험료 납입)	279
제2조(보험료의 영수)	279
제3조(계약 후 알릴의무)	279
제4조(준용규정)	279
7-3. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관	280
제1조(특별약관의 체결 및 효력)	280
제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)	280
제3조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	280
제4조(준용규정)	280
7-4. 지정대리청구서비스 특별약관	280
제1조(적용대상)	280
제2조(특별약관의 체결 및 소멸)	280
제3조(지정대리청구인의 지정)	281
제4조(지정대리청구인의 변경지정)	281
제5조(보험금 지급 등의 절차)	281
제6조(보험금의 청구)	281
제7조(준용규정)	281
7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관	281
제1조(특별약관의 적용)	281
제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)	282
제3조(자동갱신 적용)	283
제4조(자동갱신 적용대상 계약의 보장개시)	283
제5조(준용규정)	283

7-6. 특별조건부(활중보험료법) 특별약관 283

제1조(보험계약의 성립) 283

제2조(특별약관의 내용) 283

제3조(특별약관의 부가조건) 284

제4조(특별약관의 보험기간 및 보험료의 납입) 284

제5조(특별약관내용의 변경) 284

제6조(준용규정) 284

【별표1】 장애분류표 285

【별표1-1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 302

【별표2】 의료기관의 시설규격 303

【별표3】 중대한 특정상해 분류표 304

【별표4】 골절 분류표 304

【별표5】 골절(치아파절 제외) 분류표 305

【별표6】 5대골절 분류표 305

【별표7】 화상 분류표 306

【별표8】 71대질병 분류표 306

【별표8-1】 22대특정질병 분류표 306

【별표8-2】 다발성13대질병 분류표 309

【별표8-3】 35대생활질환 분류표 310

【별표8-4】 치핵 분류표 313

【별표9】 악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표 314

【별표10】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 314

【별표11】 제자리신생물 분류표 315

【별표12】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 315

【별표13】 5대고액치료비용 분류표 316

【별표14】 3대특정암 분류표 316

【별표15】 5대부위특정암 분류표 317

【별표16】 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 분류표 317

【별표17】 자궁적출수술 분류표 318

【별표18】 뇌출혈 분류표 318

【별표19】 뇌졸중 분류표 319

【별표20】 뇌혈관질환 분류표 319

【별표21】 급성심근경색증 분류표 320

【별표22】 허혈성심질환 분류표 320

【별표23】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis) 분류표 321

【별표24】 말기폐질환(End Stage Lung Disease) 분류표 321

【별표25】 만성당뇨합병증 분류표 322

【별표26】 부인과질환 분류표 322

【별표27】 총수염(맹장염) 분류표 323

【별표28】 탈장 분류표 323

【별표29】 남성특정비뇨기계질환 분류표 324

【별표30】 추간판장애 분류표 325

【별표31】 유방절제수술 및 처치코드 325

【별표32】 자동차사고 부상등급표 326

【별표33】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 335

【별표34】 7대질병 분류표 336

【별표35】 특정 신체부위·질병 분류표 337

【별표35-1】 특정 신체부위 분류표 337

【별표35-2】 특정질병 분류표 338

가입자 유의사항

보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

- **보험계약전 알릴의무 위반**
 - 과거 질환 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
 - 과거 질환 치료사실 등을 직원 등에게 구두(말)로만 알린 경우에는 회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
 - 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- **부활(효력회복)**
 - 부활(효력회복)계약의 보장 개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 암보장 등 해당 특별약관에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활(효력회복)일을 따릅니다.
- **상해 및 질병관련 보장**
 - 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
 - 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

● **재물 및 배상책임 관련 보장**

- 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 보험계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 보험계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

● **갱신형 보장**

- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 손해율, 의료수가 상승 등의 변동)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신됩니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(계약체결비용, 계약관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

● **암 관련 보장**

- 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 :

1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체 검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

● 특정질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정질병의 진단 확정일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년, 2년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

● 수술 관련 보장

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

● 입원 관련 보장

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

● 상해 관련 보장

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

● 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

자동갱신 운영에 관한 사항

● 자동갱신 적용대상

적용대상	보험기간	갱신종료 보험나이
<ul style="list-style-type: none"> • 갱신행 일반상해사망보장 특별약관 • 갱신행 교통사고처리지원금(II)보장 특별약관 • 갱신행 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관 • 갱신행 자동차사고성형수술비보장 특별약관 • 갱신행 자동차사고벌금비용보장 특별약관 • 갱신행 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관 • 갱신행 골절(치아파절제외)진단비보장 특별약관 • 갱신행 5대골절진단비보장 특별약관 • 갱신행 화상진단비보장 특별약관 • 갱신행 일반상해수술비보장 특별약관 • 갱신행 골절수술비보장 특별약관 • 갱신행 화상수술비보장 특별약관 • 갱신행 상해흉터복원수술비보장 특별약관 • 갱신행 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 • 갱신행 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 • 갱신행 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 • 갱신행 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관 • 갱신행 갑상치료비보장 특별약관 • 갱신행 인공관절수술비보장 특별약관 • 갱신행 자동차사고부상치료비(운전자)보장 특별약관 • 갱신행 자동차사고부상치료비(비운전자)보장 특별약관 • 갱신행 의료사고법률비용보장 특별약관 • 갱신행 가족일상생활배상책임보장 특별약관 • 갱신행 출원비용 보장 특별약관 • 갱신행 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관 • 갱신행 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관 • 갱신행 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관 • 갱신행 암진단비(유사암제외)보장 특별약관 • 갱신행 유사암진단비보장 특별약관 • 갱신행 암진단비(소액암제외)보장 특별약관 • 갱신행 5대고액치료비암진단비보장 특별약관 	<p><최초계약> 10/20/30년만기</p> <p><갱신계약> 1~9/10/20 /30년만기</p>	<p>100세 90세 80세</p>

적용대상	보험기간	갱신종료 보험나이
<ul style="list-style-type: none"> • 갱신형 3대특정암진단비보장 특별약관 • 갱신형 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 특별약관 • 갱신형 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)보장 특별약관 • 갱신형 암수술비보장 특별약관 • 갱신형 항암방사선·약물치료비(최초1회한)보장 특별약관 • 갱신형 뇌출혈진단비보장 특별약관 • 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관 • 갱신형 뇌혈관질환진단비보장 특별약관 • 갱신형 양성뇌종양진단비보장 특별약관 • 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관 • 갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특별약관 • 갱신형 질병수술비보장 특별약관 • 갱신형 부인과질병수술비보장 특별약관 • 갱신형 종수염수술비보장 특별약관 • 갱신형 탈장수술비보장 특별약관 • 갱신형 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관 • 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관 • 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관 • 갱신형 71대질병수술비보장 특별약관 • 갱신형 고관절인공관절수술비보장 특별약관 • 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 • 갱신형 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관 • 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 • 갱신형 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관 • 갱신형 질병수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관 • 갱신형 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관 • 갱신형 추간판장애수술비보장 특별약관 • 갱신형 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관 • 갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관 • 갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관 • 갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관 • 갱신형 5대부위특정암진단비보장 특별약관 • 갱신형 장기요양진단비(1급)보장 특별약관 • 갱신형 장기요양진단비(1~2급)보장 특별약관 • 갱신형 장기요양진단비(1~4급)보장 특별약관 	<p><최초계약> 10/20/30년만기</p> <p><갱신계약> 1~9/10/20 /30년만기</p>	<p>100세 90세 80세</p>

적용대상	보험기간	갱신종료 보험나이
<ul style="list-style-type: none"> • 갱신형 중대한화상및부식진단비보장 특별약관 • 갱신형 중대한특정상해수술비보장 특별약관 • 갱신형 각막이식수술비보장 특별약관 • 갱신형 유방절제수술비보장 특별약관 • 갱신형 질병사망보장 특별약관 • 갱신형 여성생식기암및여성생식기의제자리암으로인한자궁적출수술비(최초1회한)보장 특별약관 	<p><최초계약> 10/20/30년만기 <갱신계약> 1~9/10/20/30년만기</p>	<p>80세</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 갱신형 5대장기이식수술비보장 특별약관 • 갱신형 조혈모세포이식수술비보장 특별약관 	<p><최초계약> 10/20/30년만기 <갱신계약> 1~9/10/20/30년만기</p>	<p>70세</p>

주1) 갱신대상 보장특별약관의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 적용함. 갱신시점에서 갱신종료 나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신대상 보장특별약관의 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신함

주2) 보험기간 1~9년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 10년 미만일 경우의 잔여기간

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날 부터 15일(계약을 청약한 날부터 30일) 이내 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약 및 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험자 계약자가 체결한 계약은 청약을 철회 할 수 없습니다.

3. 계약취소

계약 청약시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약 체결시 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며

이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(재물보장 및 배상책임보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

7. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

- 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용 (이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 보험계약자는 해지된 날부터 3년 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.

9. 중도인출

보장개시일부터 약관에서 정한 일정기간 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 약관에서 정한 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 약관에서 정한 횟수(보험년도 기준)로 제한됩니다.

10. 계약 전·후 알릴 의무

계약 전 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

계약 후 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- 가. 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우 등에는 회사에 알려야 합니다.
- 나. 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험(「공제」를 포함합니다)자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 변경되는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 다. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

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

11. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에

는 그 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 서 정합니다. 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

12. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

13. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

● 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

● 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

● 보험계약 당사자

- 보험회사, 보험계약자
 - 가. 보험회사 : 보험사고 발생시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사
 - 나. 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

● 보험계약 관계자

- 피보험자, 보험수익자, 대리인

<신체손해보장> <비용손해보장>

- 가. 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함
- 나. 보험수익자 : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
- 다. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

<재물손해보장> <배상책임보장>

- 가. 피보험자 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람,

즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람

나. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

● **보험료**

- 보험료 : 보험계약자가 납입기간 동안 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료와 적립보험료, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액
- 가. 보장보험료 : 보험계약에서 정한 보험금 지급을 위한 보험료
- 나. 적립보험료 : 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
- 보장순보험료 : 기본보험료의 보장보험료 중 부가보험료를 제외한 금액
- 적립순보험료 : 기본보험료의 적립보험료 중 부가보험료를 제외한 금액
- 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비용 구성

● **보험목적 <재물손해보장> <배상책임보장>**

- 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화

● **보험가액 <재물손해보장> <배상책임보장>**

- 피보험이익의 경제적 가치이며, 보험사고가 발생하였을 경우에 피보험자가 입게 되는 손해액의 최고 견적액

● **보험가입금액**

- 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액

● **보험금**

<신체손해보장> <비용손해보장>

- 피보험자의 사망, 장애, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

<재물손해보장> <배상책임보장>

- 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액

● **보험기간**

- 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간

● **보장개시일**

- 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

● **보험계약일**

- 계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일이며 매년 도래하는 보험계약일을 계약해당일이라 함

● **보험년도**

- 보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약해당일 전일까지의 기간)를 말함

● **책임준비금**

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

● **해지환급금**

- 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 상해, 질병 또는 비용 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해 : 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 장애 : 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.

- 다. 적용이율 : 보험료 산출시 적용한 이율로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
 - 라. 보험계약대출이율 : 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정되며, 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에도 적용됩니다.
 - 마. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 보험료 관련 용어
- 가. 보장보험료와 적립보험료를 합하여 보험료라 합니다.
 - 나. 보장보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.
 - 다. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.
 - 라. 위험보험료: 보장보험료에서 부가보험료를 제외한 금액을 말합니다.
 - 마. 적립순보험료: 적립보험료에서 부가보험료를 제외한 금액을 말합니다.
 - 바. 부가보험료: 회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비용으로 구성

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해후유장해(80%이상)보장 : 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 **【별표1】 『장해분류표』**에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 일반상해후유장해(80%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 일반상해후유장해(80%미만)보장 : 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 **【별표1】 『장해분류표』**에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 **【별표1】 『장해분류표』**에서 정한 지급률을 이 보장 보험가입금액에 곱하여 산출된 금액을 일반상해후유장해(80%미만) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, **【별표1】 『장해분류표』**에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ **【별표1】 『장해분류표』**에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 **【별표1】 『장해분류표』**의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, **【별표1】 『장해분류표』**의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의

료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 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 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 일반상해후유장해(80%이상) 보험금을 한도로 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박에 탑승

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에

- 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
 - ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.
 - ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 **【별표1-1】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』**에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
 - ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
 - ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 적립순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용 등을 차감한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율(5)(이하「공시이율」로 합니다)로 하며, 매월 1일부터 해당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 회사의 운용자산이율과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기

준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 공시이율을 결정합니다.

- ③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시하며, 계약자에게 연 1회 이상 공시이율의 변경내역을 통지합니다.

【공시이율】

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

제10조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제9조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.75%로 합니다.

【최저보증이율】

회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 보증이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.5%인 경우(최저보증이율은 0.75%일 경우), 적립금은 공시이율(0.5%)이 아닌 최저보증이율(0.75%)로 적립됩니다.

- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에

그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표 1-1】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

- ④ 적립보험료 등의 감액 시 만기환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기환급금보다 적어질 수 있습니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

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

제12조(주소변경통지)

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

제13조(보험수익자의 지정)

계약자는 보험수익자를 지정할 수 있으며, 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제10조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고,

제3조(보험금의 지급사유)의 경우는 피보험자로 합니다.

제14조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원 : 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원 : 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
 1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

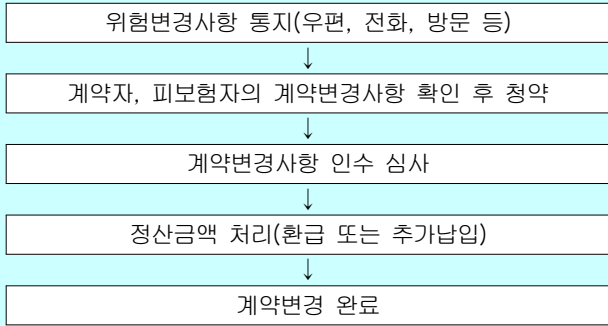
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 4. 이론자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



[책임준비금]

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

[중대한 과실]

주의의무의 위반이 현저한 과실, 「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

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

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 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 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - 3. 계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
 - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약

자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알리는 것을 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초 계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하

거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

- ⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 이 약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험자계약자가 체결한 계약은 청약을 철회 할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

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

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」 이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」 이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 - 1. 인터넷홈페이지에서 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.
 - 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로

써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 - 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제22조(계약의 무효)

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

- 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까

지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

- 2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

<심신상실자>

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

<심신박약자>

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 - 1. 보험종목
 - 2. 보험기간

3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
 - ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
 - ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
 - ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우, 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2019년 4월 13일
 ⇒ 2019년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 30년 6월 11일 = 31세

제25조(계약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 일반상해후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 일반상해후유장해(80%이상)보장은 소멸되며, 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

[보장개시일]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 아래 사항 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의

보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 상해의 직접결과로써 **【별표1】 『장해분류표』**에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
 2. 진단확정된 질병으로 인하여 **【별표1】 『장해분류표』**에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
 3. 보장개시일 이후에 「암」으로 진단 확정된 경우
 4. 「뇌졸중」으로 진단 확정 된 경우
 5. 「급성심근경색증」으로 진단 확정 된 경우
 6. 「말기폐질환」으로 진단 확정 된 경우
 7. 「말기간경화」로 진단 확정 된 경우
 8. 「말기신부전증」으로 진단 확정 된 경우
- ② 회사는 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
 - ③ 제1항에도 불구하고, 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」 제1조(특별약관의 적용)에서 정한 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
 - ④ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
 - ⑤ 계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 납입면제 사유가 발생한 경우에는 제8조(보험금 지급사유의 통지)에 따라 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제29조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, **【별표1】 『장해분류표』**에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는

그에 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ **【별표1】 『장해분류표』**에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 **【별표1】 『장해분류표』**의 구분에 준하여 보험료 납입 면제 여부를 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제28조(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 보험료 납입면제 여부를 결정합니다. 다만, **【별표1】 『장해분류표』**의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, **【별표1】 『장해 분류표』**의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시

제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

- ⑧ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
- ⑨ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에도 불구하고 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 해당 질병과 관련된 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 보장개시일 전일 이전에 「암」으로 진단 확정 받더라도 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암」으로 추가 진단(단순건강 검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.
- ⑩ 제9항 「보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑫ 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- ⑬ 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑭ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제28조(보험료의 납입면제) 제1조 제1항 관련 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
 - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
 - 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박에 탑승

제30조(암, 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화 및 말기신부전증의 정의 및 진단확정)

- ① 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에서 「암」 이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표9】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

- ③ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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.

- ⑤ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제4호에서 「뇌졸중」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표19】 『뇌졸중 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑦ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제5호에서 「급성심근경색증」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는

질병으로 【별표21】 『급성심근경색증 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

- ⑧ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 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 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ⑨ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제6호에서 「말기폐질환」라 함은 【별표 24】 『말기폐질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑩ 「말기폐질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「말기폐질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑪ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제7호에서 「말기간경화」라 함은 【별표 23】 『말기간경화 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑫ 「말기간경화」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「말기간경화」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑬ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제8호에서 「말기신부전증」이라 함은

양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신장질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

- ⑭ 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제31조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출

납입을 위해서는 제1항에 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 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함)등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정 상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. 강제집행이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. 국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게

지급합니다.

- ② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이때, 적립순보험료에 대하여는 보험료납입일(회사에서 입금

된 날을 말합니다)부터 공시이율을 적용하며 제40조(중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 적립부분 책임준비금에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제9조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.75%로 합니다.

- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1-1】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 적립보험료 등의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제39조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수 보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 만기(해지)환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(중도인출)

- ① 계약자는 계약일로부터 1년이상 지난 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 계약자가 요청하는 시점의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액(단, 이 계약에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자 합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 차감한 후의 잔액을 기준으로 합니다.)의 80% 한도 내에서 중도인출 할 수 있습니다. 중도인출은 매 보험년도마다 12회에 한합니다.
- ② 중도인출시 만기(해지)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해지)환급금이 감소합니다.

【보험년도】

보험계약일로부터 다음 해의 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2015년 1월 23일인 경우 보험년도는 1월 23일부터 다음 해 1월 22일까지의 1년을 말합니다.

제41조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제42조(분쟁의 조정)

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

제43조(관할법원)

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

제44조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책 임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제45조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자 에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합 니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거 나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제46조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청 약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제47조(회사의 손해배상책임)

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

제48조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법 률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수 익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계 약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개 인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제49조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사 항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제50조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지 급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합 니다.

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한 도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해지 환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1 인당 「최고 5천만원」이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하 지 않습니다.

다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

무배당 NH다솜플러스종합보험1904 특별약관

I. 상해관련 특별약관

1-1. 일반상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망(일반상해사망)한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하

였을 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-2. 갱신형 일반상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망(일반상해사망)한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같다.

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

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통

약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-3. 일반상해사망(연만기)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망(일반상해사망)한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같다.

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법

률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-4. 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 **【별표1】 『장해분류표』**에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한

하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해후유장해(50%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표1】 『장해분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 『장해분류표』의 구분에 준하여 장해지급률 결정합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 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 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로

정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함한다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해후유장해(50%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-5. 갱신형 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한

하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해후유장해(50%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표1】 『장해분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 『장해분류표』의 구분에 준하여 장해지급률 결정합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정 한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 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 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로

정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해후유장해(50%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

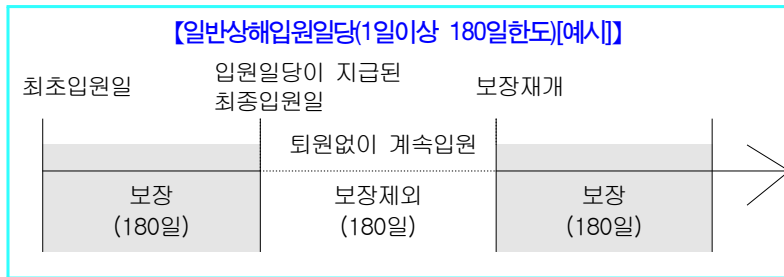
1-6. 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 장애를 가져와 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일 부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 일반상해입원일당(1일이상 180일한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

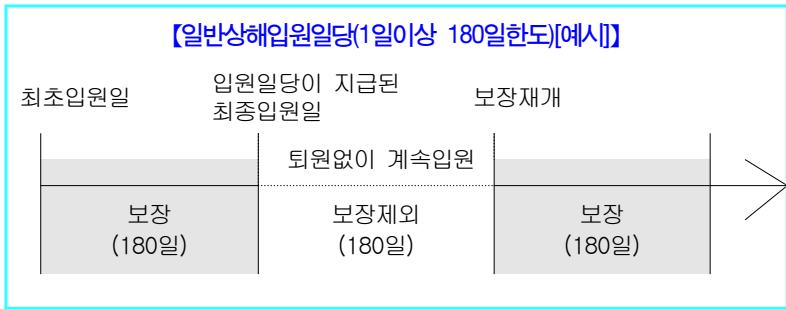
1-7. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.



- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」 이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-8. 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

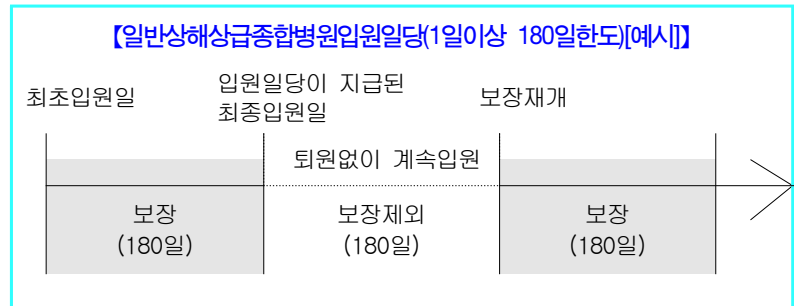
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상

180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

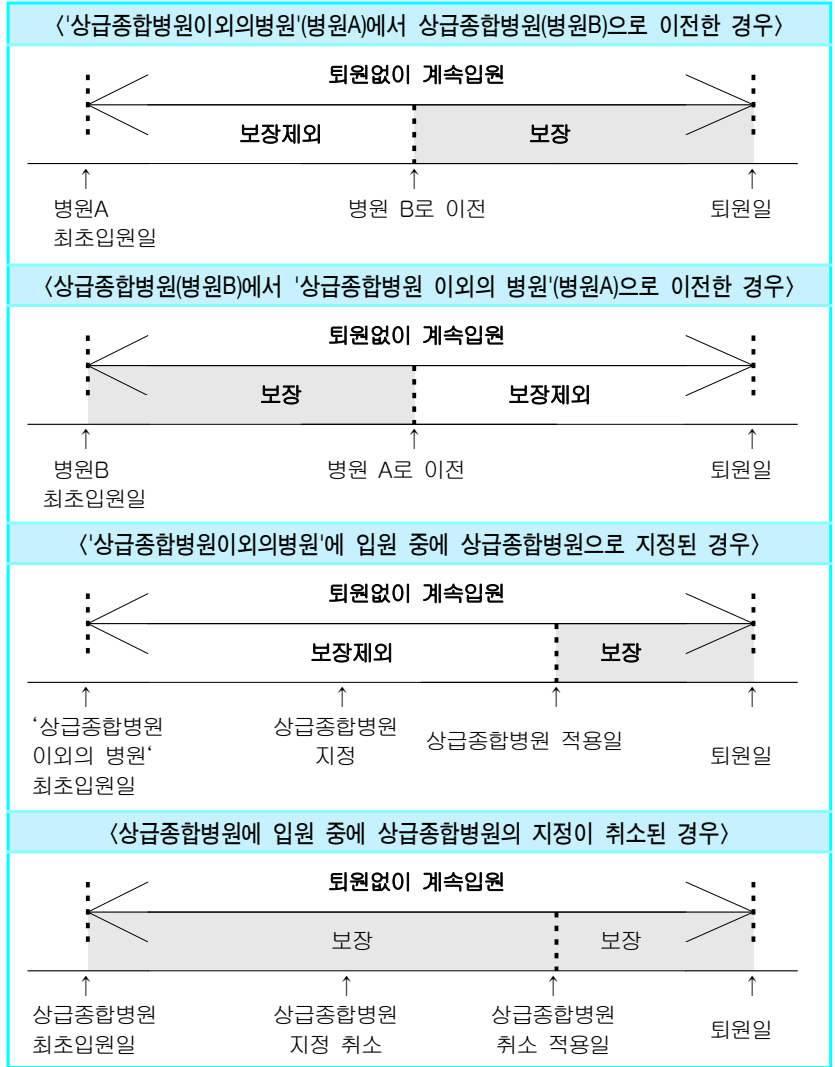
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되

있을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 지급합니다.

- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의4(상급종합병원)에서 정한 상급종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관'에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증 질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 - 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따

른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-9. 갱신형 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도) 보장 특별약관

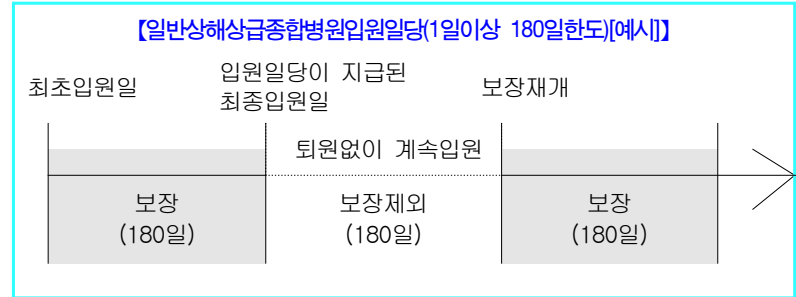
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 장애를 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)이 지급된 최종입원의

부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

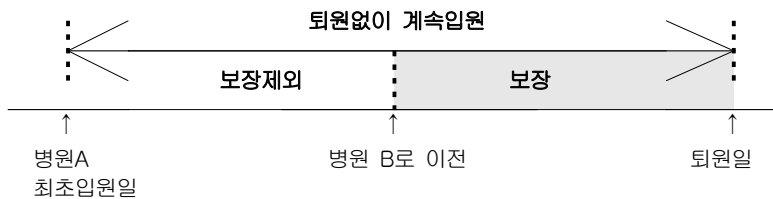


- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일 이상 180일한도)을 지급합니다.

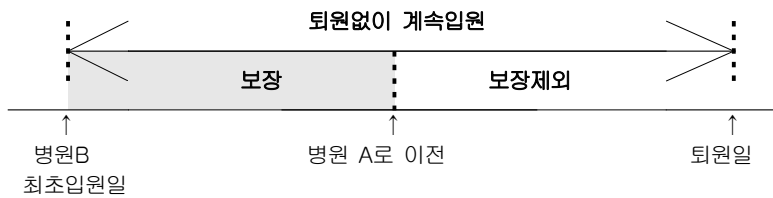
도)을 지급합니다.

- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

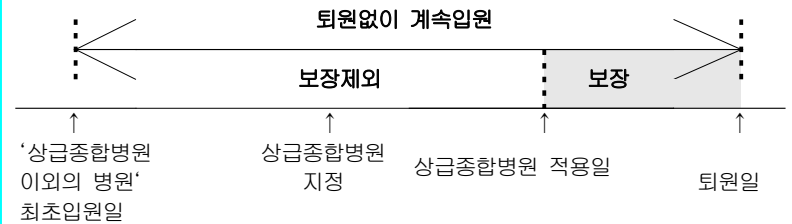
〈상급종합병원(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우〉



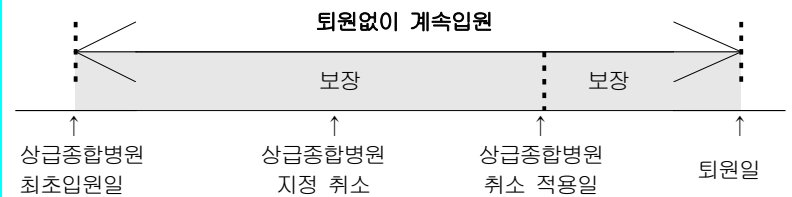
〈상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원' (병원A)으로 이전한 경우〉



〈'상급종합병원(이외의병원)'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우〉



〈상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우〉



제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의4(상급종합병원)에서 정한 상급종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관'에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증 질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- 2. 제77조제1항에 따라 전문가가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
- 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입

금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-10. 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

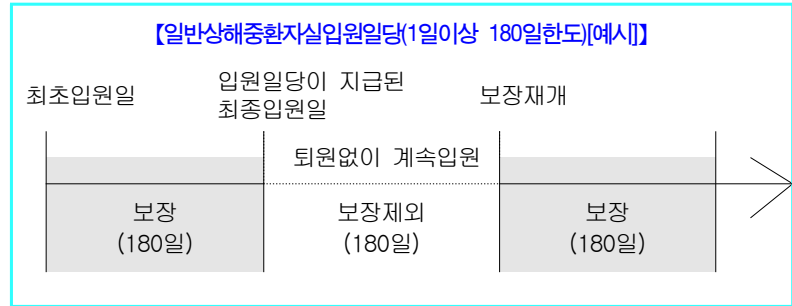
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4 에서 정한 중환자실 (【별표2】 『의료기관의 시설규격』 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해중환자실입원

일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」 이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가

진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

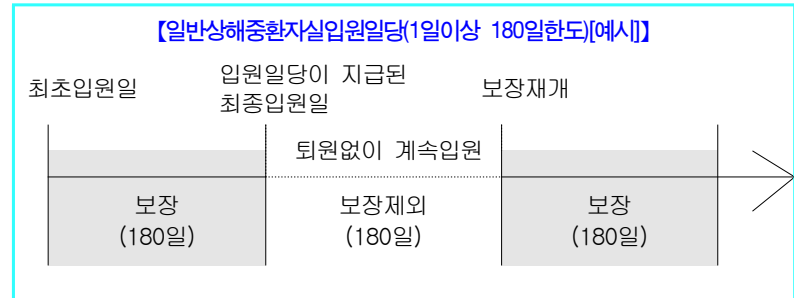
1-11. 갱신형 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4 에서 정한 중환자실 (【별표2】『의료기관의 시설규격』 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 보상합니다.

- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정할 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라

회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-12. 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관

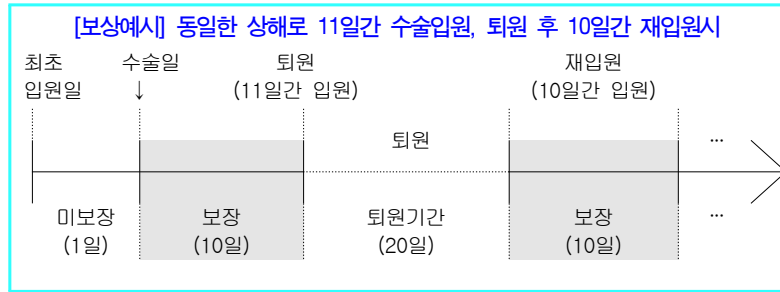
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「수술입원」이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 상해의 직접결과로써 제3조(「수술의 정의와 장소」)에서 정한 수술을 받는 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)의 지급일수는 1회 「수술입원」당 20일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제1항의 「수술」은 같은 상해로 2종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 일반상해수술입원비(2일이상 20일한

도)는 「수술」 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 「수술입원」으로 보아 각 입원일수를 더합니다.



- ② 피보험자가 보장개시일 이후 「수술입원」하여 치료를 받던 중에 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)를 계속 지급합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 최초의 「수술입원」 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 「수술입원」한 것으로 보아 제1항에 따라 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 「수술」이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 「수술」이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)를 제1항 내지 제4항에 따라 지급합니다.

[보상예시] 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준

최초 입원일의 180일 이전일	최초 입원일	최종 퇴원일	최종 퇴원일의 180일 경과일
① 수술시	② 수술시	③ 수술시	④ 수술시
미보장	보장 대상	보장 대상	미보장

- ① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
- ② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제4항에 따라 보장
- ③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제4항에 따라 보장
- ④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】** 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】** 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

무배당 NH다스플러스종합보험¹⁹⁰⁴ 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트 렌즈 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

1-13. 갱신형 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관

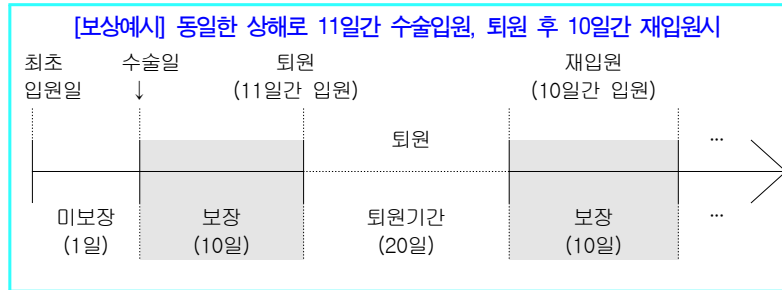
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「수술입원」이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우

2. 상해의 직접결과로써 제3조(「수술의 정의와 장소」)에서 정한 수술을 받는 경우
3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)의 지급일수는 1회 「수술입원」 당 20일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제1항의 「수술」은 같은 상해로 2종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)는 「수술」 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 「수술입원」으로 보아 각 입원일수를 더합니다.



- ② 피보험자가 보장개시일 이후 「수술입원」하여 치료를 받던 중에 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해수술입원비(2일이상20일한도)를 계속 지급합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해수술입원비(2일이상20일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 최초의 「수술입원」 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 「수술입원」한

것으로 보아 제1항에 따라 각 입원일수를 더합니다.

- ⑤ 「수술」이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 「수술」이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술입원비(2일이상20일한도)를 제1항 내지 제4항에 따라 지급합니다.

[보상예시] 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준

최초 입원일의 180일 이전일	최초 입원일	최종 퇴원일	최종 퇴원일의 180일 경과일
① 수술시	② 수술시	③ 수술시	④ 수술시
미보장	보장 대상	보장 대상	미보장

- ① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
- ② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제4항에 따라 보장
- ③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술입원비(2일이상 20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제4항에 따라 보장
- ④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과

치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트 렌즈 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

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

1-14. 일반상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「일반상해수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- [절단]** 특정부위를 잘라내는 것
- [절제]** 특정부위를 잘라 없애는 것
- [흡인]** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- [천자]** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시

력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-15. 갱신형 일반상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「일반상해수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것

【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신

계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-16. 중대한 특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 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 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 특정상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술비 지급사유가 두가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술비만을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌손상 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표3】 『중대한 특정상해 분류표』 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표3】 『중대한 특정상해 분류표』 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「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 않습니다.
 - 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, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 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 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것은 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 「일반상해수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한 특정상해수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는

바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-17. 갱신형 중대한 특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 특정상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술비 지급사유가 두가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌손상 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진

충격에 의해 뇌에 손상(【별표3】 『중대한 특정상해 분류표』 참조)을 입은 경우를 말합니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표3】 『중대한 특정상해 분류표』 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「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 않습니다.
 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 흉강 내에 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 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것은 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「일반상해수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【항후 제도

변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한 특정상해수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-18. 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표4】 『골절 분류표』에서 정한 골절로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 하나의 상해로 두 종류 이상의 골절수술을 받을 경우에는 한 종류의 골절수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「골절수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것

【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위를 하던 중 발생한 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-19. 갱신형 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표4】『골절 분류표』에서 정한 골절로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 하나의 상해로 두 종류 이상의 골절수술을 받을 경우에는 한 종류의 골절수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」 이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「골절수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위를 하던 중 발생한 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
- 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-20. 골절진단비(치아파절제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 【별표5】 『골절(치아파절 제외) 분류표』에서 정한 골절로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절제외)과 치아파절이 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-21. 갱신형 골절진단비(치아파절제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 【별표5】 『골절(치아파절 제외) 분류표』에서 정한 골절로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절제외)과 치아파절이 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따릅니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에

따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-22. 5대골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표6】 『5대골절 분류표』에서 정하는 5대골절로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보험금을

지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-23. 갱신형 5대골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표6】 『5대골절 분류표』에서 정하는 5대골절로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보험금을

지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-24. 화상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표7】 『화상 분류표』에서 정한 화상으로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「화상」이라 함은 【별표7】 『화상 분류표』에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-25. 갱신형 화상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표7】 『화상 분류표』에서 정한 화상으로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「화상」이라 함은 【별표7】 『화상 분류표』에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험¹⁹⁰⁴ 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-26. 화상수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 【별표7】 『화상 분류표』에서 정한 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「화상」이라 함은 【별표7】 『화상 분류표』에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받을 경우에는 한 종류의 화상수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정

한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의 료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「화상수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내 의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 함 니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위를 하던 중 발생된 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지

않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-27. 갱신형 화상수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특 별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 【별표7】 『화상 분류표』에서 정한 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술 의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「화상」이라 함은 【별표7】 『화상 분류표』에서 정한 화상(열상 을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받을 경우에는 한

종류의 화상수술비만을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「화상수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다스플러스종합보험¹⁹⁰⁴ 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위를 하던 중 발생한 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
- 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-28. 중대한 화상 및 부식진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 화상 및 부식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(중대한 화상 및 부식진단의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」이라 함은 「9의 법칙(Rule of 9's)」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)」에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- ② 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중대한 화상 및 부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한 화상 및 부식진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다습플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-29. 갱신형 중대한 화상 및 부식진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 화상 및 부식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(중대한 화상 및 부식진단의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」이라 함은 「9의 법칙(Rule of 9's)」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)」에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- ② 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고

회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중대한 화상 및 부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한 화상 및 부식진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-30. 상해흉터복원수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해흉터복원수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	안면부	상지 · 하지
상해흉터복원수술비	수술 1cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한합니다)

주) 길이측정이 불가능한 피부이식수술 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

- ② 제1항의 「상해흉터복원수술」이라 함은 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 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 받는 성형수술을 말합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지만 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해흉터복원수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

1-31. 갱신형 상해흉터복원수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 상해흉터복원수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	안면부	상지 · 하지
상해흉터복원 수술비	수술 1cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한합니다)

주) 길이측정이 불가능한 피부이식수술 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

- ② 제1항의 「상해흉터복원수술」이라 함은 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장애, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 받는 성형수술을 말합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.
 1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
 2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
 3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
 ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해흉터복원수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리

하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【항후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
 ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사가 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
 ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

II. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-2. 갱신형 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이

말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-3. 질병사망(연만기)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는

경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-4. 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병후유장해(80%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표1】 『장해 분류표』에 해당되지 않은 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해 정도에 따라 【별표1】 『장해 분류표』의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해 정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병후유장해(80%이상)보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-5. 갱신형 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초

1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병후유장해(80%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표1】 『장해 분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 『장해 분류표』의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병후유장해(80%이상)보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에

해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상대가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-6. 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 【별표1】 『장해 분류표』에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병후유장해(80%미만) 보험금으로 보험수익자에게 지급 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표1】 『장해 분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】

『장해 분류표』의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병후유장해(80%미만)보험금을 지급하지 않습니다.

- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 질병후유장해(80%미만)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병후유장해(80%미만)보험금에서 이미 지급받은 질병후유장해(80%미만)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 질병후유장해(80%미만)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병후유장해(80%미만)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병후유장해(80%미만)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병후유장해(80%미만)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라

회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-7. 갱신형 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 【별표1】 『장해 분류표』에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병후유장해(80%미만) 보험금으로 보험수익자에게 지급 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

- ③ **【별표1】 『장해 분류표』**에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 **【별표1】 『장해 분류표』**의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, **【별표1】 『장해 분류표』**의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병후유장해(80%미만)보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, **【별표1】 『장해 분류표』**의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 질병후유장해(80%미만)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병후유장해(80%미만)보험금에서 이미 지급받은 질병후유장해(80%미만)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, **【별표1】 『장해 분류표』**의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 질병후유장해(80%미만)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병후유장해(80%미만)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병후유장해(80%미만)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병후유장해(80%미만)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에

- 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-8. 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 **【별표1】 『장해분류표』**에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병후유장해(50%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표1】 『장해분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 『장해분류표』의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병후유장해(50%이상)보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함한다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병후유장해(50%이상)보장 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-9. 갱신형 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초

1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병후유장해(50%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표1】 『장해분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 『장해분류표』의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병후유장해(50%이상) 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에

해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병후유장해(50%이상)보장 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

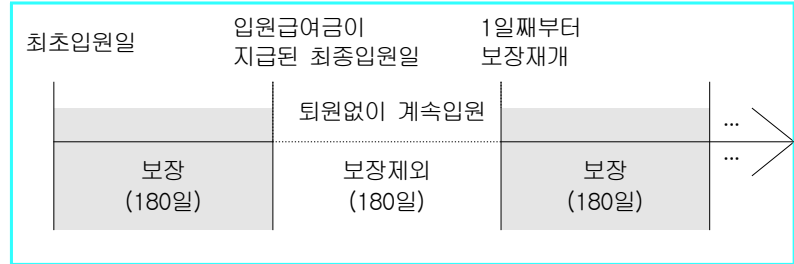
2-10. 질병입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」 이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

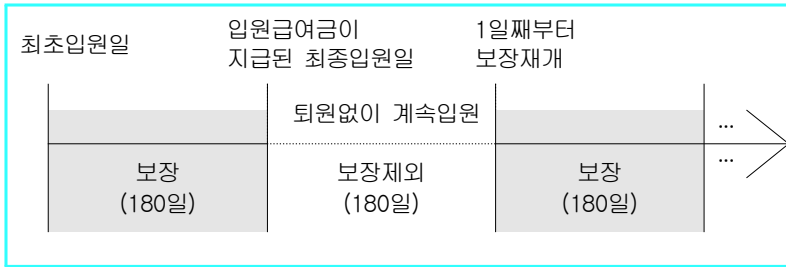
2-11. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일 이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(1일 이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당(1일 이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일 이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(1일 이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일 이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
 ② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 7. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신

계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-12. 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

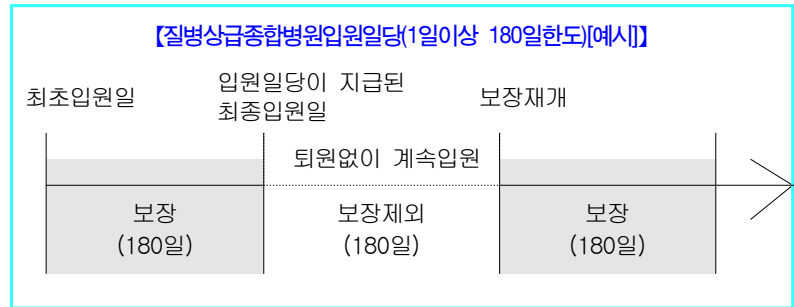
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험 가입금액을 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 이 경우 상급종합병

원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

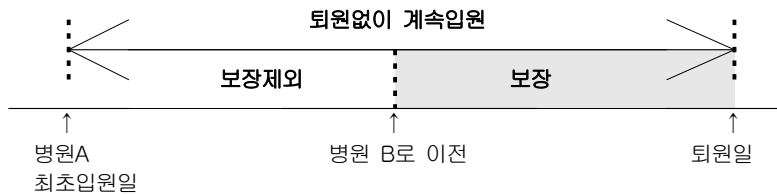
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



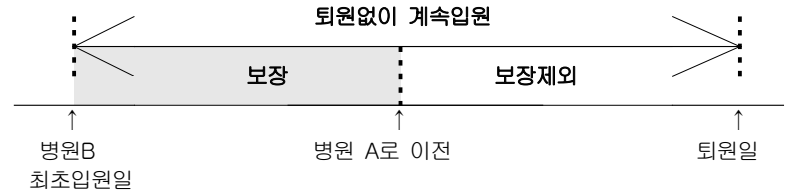
- ③ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

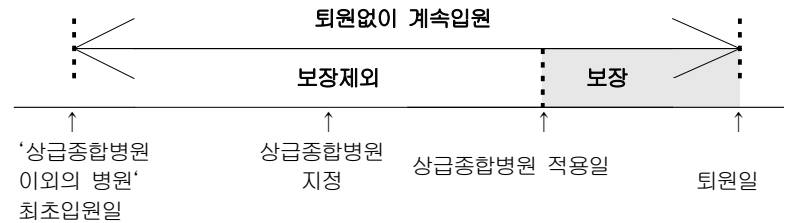
<‘상급종합병원이외의병원’(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



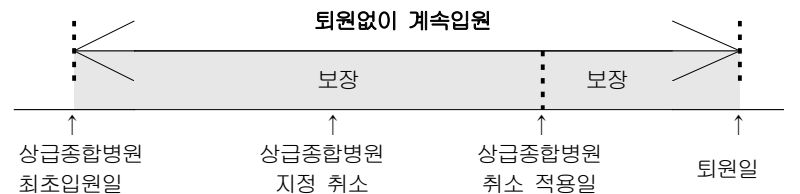
<상급종합병원(병원B)에서 ‘상급종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<‘상급종합병원이외의병원’에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>



<상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 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 등에서의 치료가 곤란하여 ‘의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의4(상급종합병원)에서 정한 상급종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관’에 입실하여 의사의

관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증 질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 - 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

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

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의

개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-13. 갱신형 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험

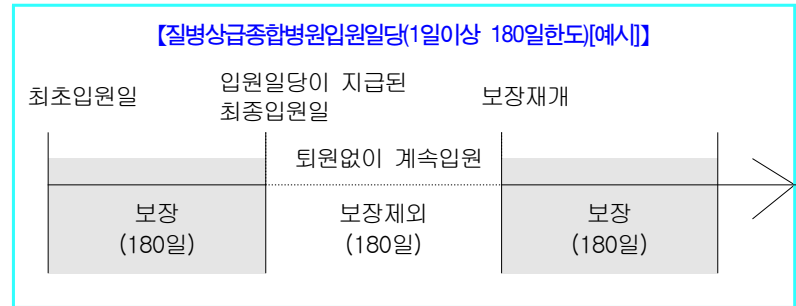
가입금액을 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

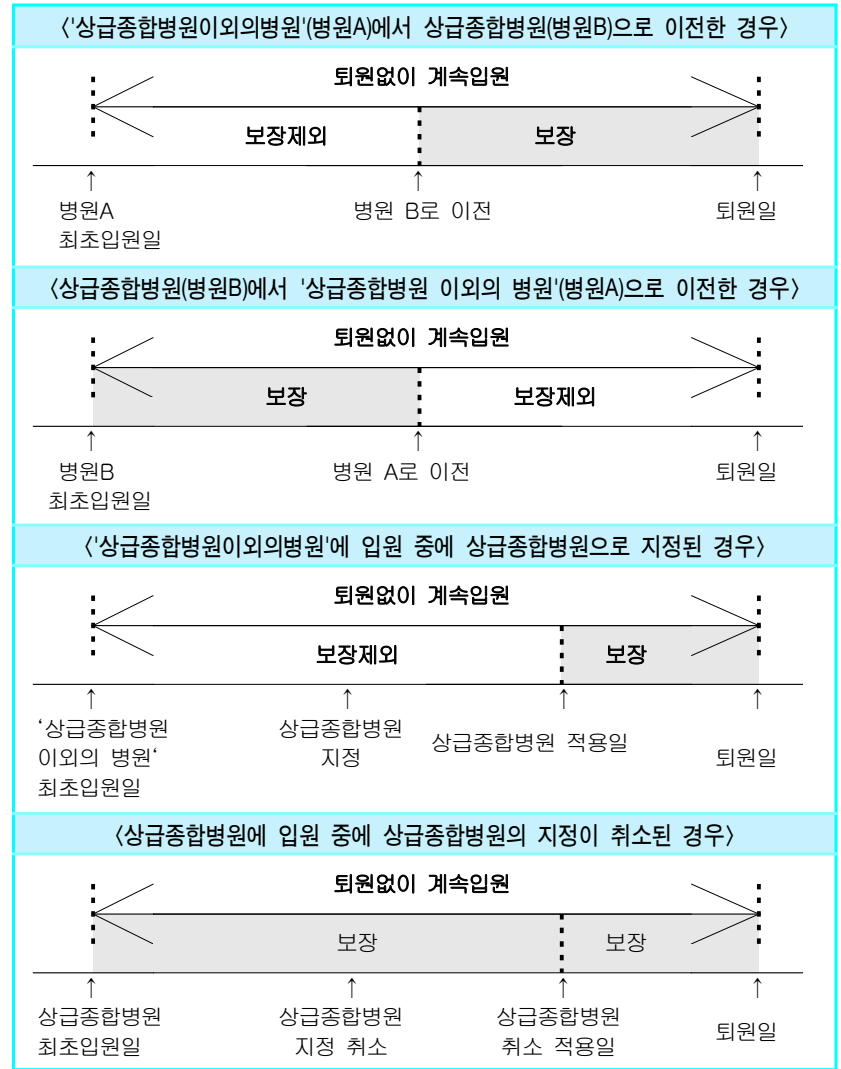
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



제3조(입원의 정의와 장소)

① 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 등에서의 치료가 곤란하여 ‘의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의4(상급종합병원)에서 정한 상급종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관’에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증 질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 - 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

② 이 특별약관에서 ‘질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경

우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이

발생할 수 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」 에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며,

이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-14. 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

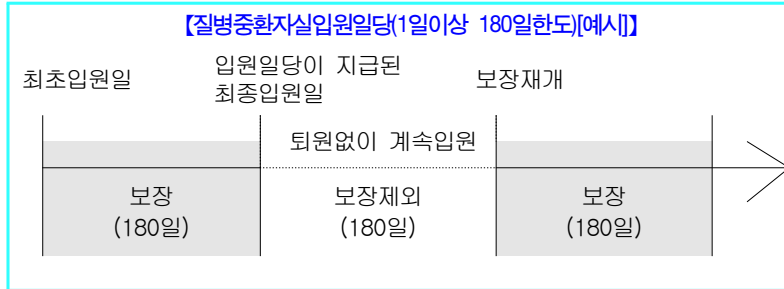
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4 에서 정한 중환자실 (【별표2】 『의료기관의 시설규격』 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병중환자

실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과 하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가

진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

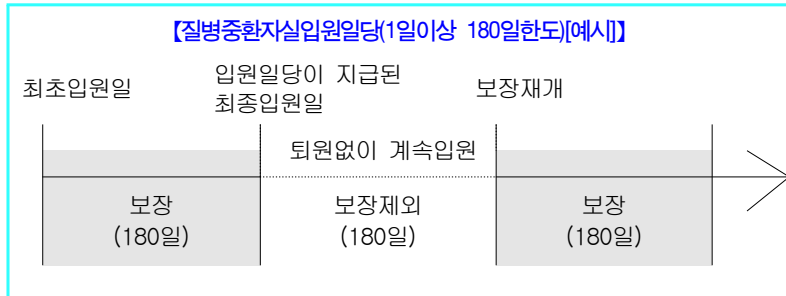
2-15. 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4 에서 정한 중환자실 (【별표2】 『의료기관의 시설규격』 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일

부를 지급하지 않습니다.

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-16. 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관

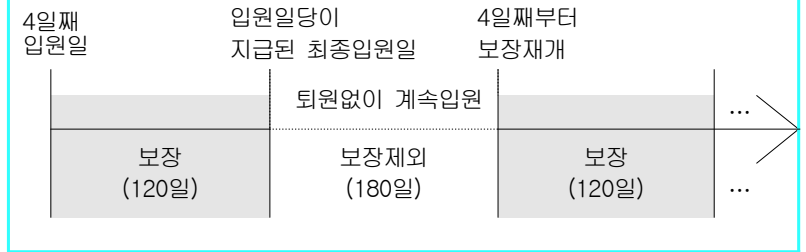
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 7대질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 7대질병에 대한 입원이라도 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【7대질병입원일당(4일이상 120일한도)예시】



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 7대질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 7대질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관의 「7대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표34】 『7대질병 분류표』에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위·십

이지장궤양을 말합니다.

- ② 「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 7대질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

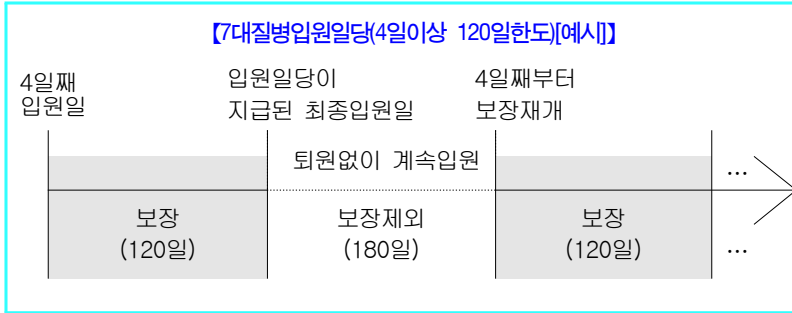
2-17. 갱신형 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 7대질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 7대질병에 대한 입원이라도 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 7대질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 7대질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 7대질병입원일당(4일이상 120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관의 「7대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표34】 『7대질병 분류표』에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위식

이지장궤양을 말합니다.

- ② 「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 7대질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며,

이 경우 회사는 「보험금 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

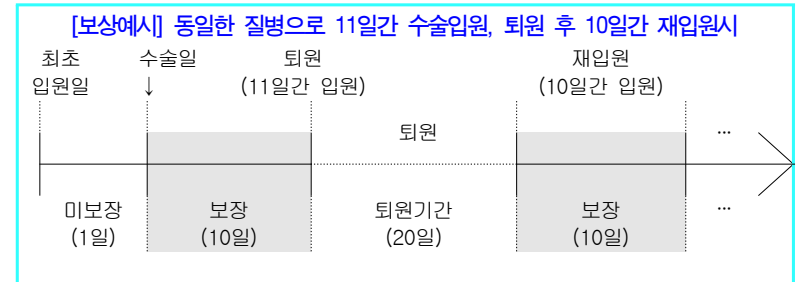
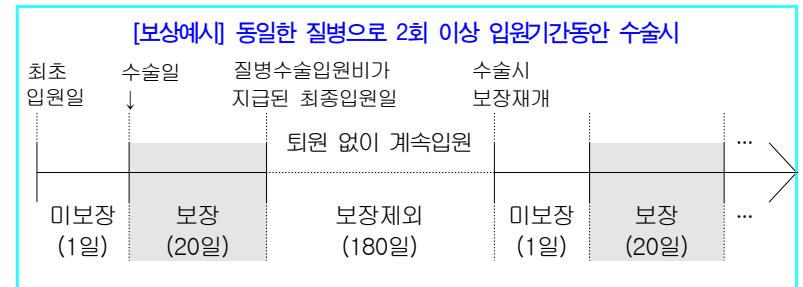
2-18. 질병수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 질병으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「수술입원」이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원비(2일이상 20일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 질병수술입원비(2일이상 20일한도)의 지급일수는 1회 「수술입원」당 20일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제1항의 「수술」은 같은 질병으로 2종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병수술입원비(2일이상 20일한도)는 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 「수술」을 받은 경우에는 또 다른 「수술입원」으로 보아 새로운 입원일 2일째 날부터 입원 1일당 질병수술입원비(2일이상 20일한도)를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술입원비(2일이상 20일한도)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원비(2일이상 20일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ② 「수술」 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 「수술입원」으로 보아 각 입원일수를 더합니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 「수술입원」하여 치료를 받던 중에 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 「수술입원」에 대하여는

질병수술입원비(2일이상 20일한도)를 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 지급합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술입원비(2일이상 20일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 최초의 「수술입원」 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 「수술입원」 한 것으로 보아 제2항에 따라 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 「수술」이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일이전 180일 이내 또는 최종 퇴원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 「수술」이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원비(2일이상 20일한도)를 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.

[보상예시] 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준



- ① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
- ② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원비(2일이상 20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제5항에 따라 보장
- ③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원비(2일이상 20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제5항에 따라 보장
- ④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

[절단] 특정부위를 잘라내는 것
[절제] 특정부위를 잘라 없애는 것
[흡인] 주사기 등으로 빨아들이는 것
[천자] 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

- 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- 7. 성병
- 8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 9. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
- 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 12. 정상분만, 치과질환
- ② 회사는 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 경우에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98)
 - 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 - 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 - 5. 비만(E66)
 - 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 - 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 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(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(〔별표2〕비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

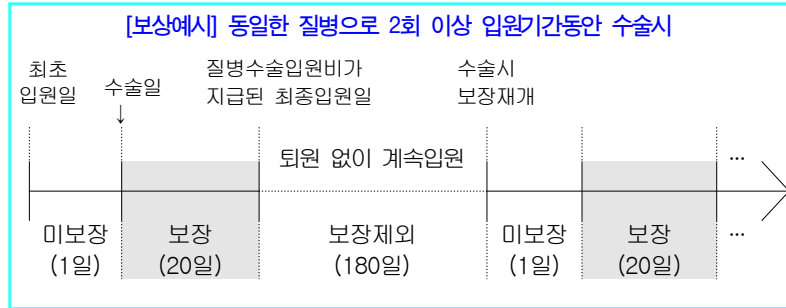
2-19. 갱신형 질병수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

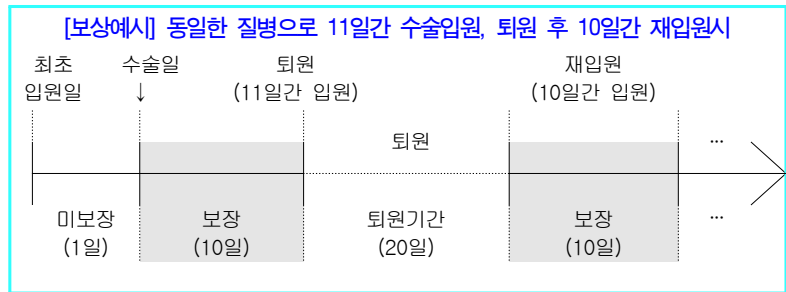
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 질병으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「수술입원」이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원비(2일이상 20일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 질병수술입원비(2일이상 20일한도)의 지급일수는 1회 「수술입원」당 20일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제1항의 「수술」은 같은 질병으로 2종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병수술입원비(2일이상 20일한도)는 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 「수술」을 받은 경우에는 또 다른 「수술입원」으로 보아 새로운 입원일 2일째 날부터 입원 1일당 질병수술입원비(2일이상 20일한도)를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술입원비(2일이상 20일한도)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원비(2일이상 20일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

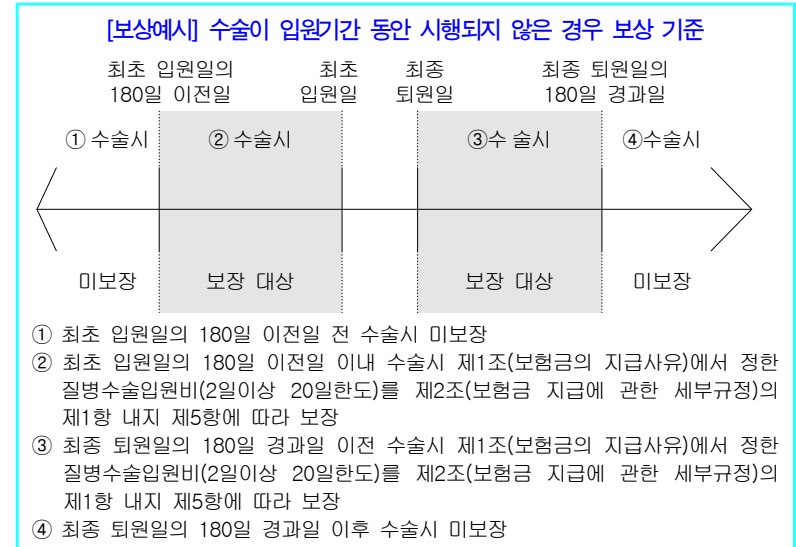


② 「수술」 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 「수술입원」으로 보아 각 입원일수를 더합니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 「수술입원」 하여 치료를 받던 중에 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 「수술입원」에 대하여는 질병수술입원비(2일이상 20일한도)를 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술입원비(2일이상 20일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 최초의 「수술입원」 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 「수술입원」한 것으로 보아 제2항에 따라 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 「수술」이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 「수술」이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원비(2일이상 20일한도)를 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.



⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로

서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란

의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 9. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 정상분만, 치과질환
- ② 회사는 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 경우에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보형자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 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(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등

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

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

2-20. 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질환 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질환 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과

치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것

【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)

- 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
- 5. 비만(E66)
- 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
- 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 - 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - 3. 단순한 피로 또는 권태
 - 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입 나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 5. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(「별표2」비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-21. 갱신형 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질환 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질환 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을

지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을

포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
 - 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 - 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 - 5. 비만(E66)
 - 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 - 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 - 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - 3. 단순한 피로 또는 권태
 - 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입

나이가 태어인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-22. 71대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 71대질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 71대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상
22대 특정질병	당뇨병, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 결핵, 신부전(공팔기능상실증), 패혈증, 중추신경계통의 염증성질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성췌장염, 췌장질환	이 특별약관 보험가입금액 의 50%	이 특별약관 보험가입금액 의 100%

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
다발성 13대질병	관절염, 백내장, 생식기질환, 소화계통의 양성 신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물, 골 및 관절연골의 양성 신생물, 조직의 양성 신생물, 수막의 양성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성 신생물, 유방의 양성 신생물, 생식기양성종양, 비뇨기관의 양성신생물	이 특별약관 보험가입금액 의 5%	이 특별약관 보험가입금액 의 10%
35대 생활질환	담석증(쓸개돌증), 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 골다공증, 황반변성, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 근육장애, 발바닥근막성섬유종증, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 특정 부위의 탈장, 비강염성장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 안면 신경장애, 단일신경병증, 특정 누적외상성질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위·십이지장 질환, 어깨병변	이 특별약관 보험가입금액 의 5%	이 특별약관 보험가입금액 의 10%
치핵	치핵	이 특별약관 보험가입금액 의 2.5%	이 특별약관 보험가입금액 의 5%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

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

제3조(71대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「71대질병」이라 함은 「22대특정질병」, 「다발성13대질병」, 「35대생활질환」 및 「치핵」을 총칭합니다.
- ② 제1항의 「22대특정질병」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 22대특정질병으로 분류되는 질병(【별표8-1】『22대특정질병 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1항의 「다발성13대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다발성13대질병으로 분류되는 질병(【별표8-2】『다발성13대질병 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1항의 「35대생활질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 35대생활질환으로 분류되는 질병(【별표8-3】『35대생활질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「치핵」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 치핵으로 분류되는 질병(【별표8-4】『치핵 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 「71대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 「71대질병수술」이 필요하다고 인정

된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(71대질병의 정의 및 진단확정)에서는 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 아래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-23. 갱신형 71대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 71대질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 71대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상
22대 특정질병	당뇨병, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 결핵, 신부전(콩팥기능상실증), 패혈증, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환	이 특별약관 보험가입금 액의 50%	이 특별약관 보험가입금 액의 100%
	다발성 13대질병	이 특별약관 보험가입금 액의 5%	이 특별약관 보험가입금 액의 10%

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
35대 생활질환	담석증(쓸개돌증), 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 급성상기도감염, 당뇨병도질환, 골다공증, 황반변성, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 근육장애, 발바닥 근막성성유종증, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추병형, 척추병증, 추간판장애 (디스크질환), 안면 신경장애, 단일신경병증, 특정 누적외상성질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위·십이지장 질환, 어깨병변	이 특별약관 보험가입금 액의 5%	이 특별약관 보험가입금 액의 10%
치핵	치핵	이 특별약관 보험가입금 액의 2.5%	이 특별약관 보험가입금 액의 5%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(71대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「71대질환」이라 함은 「22대특정질환」, 「다발성13대질환」, 「35대생활질환」 및 「치핵」을 총칭합니다.

- ② 제1항의 「22대특정질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 22대특정질환으로 분류되는 질병(【별표8-1】 『22대특정질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1항의 「다발성13대질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다발성13대질환으로 분류되는 질병(【별표8-2】 『다발성13대질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1항의 「35대생활질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 35대생활질환으로 분류되는 질병(【별표8-3】 『35대생활질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「치핵」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 치핵으로 분류되는 질병(【별표8-4】 『치핵 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 「71대질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 「71대질환수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(71대질병의 정의 및 진단확정)에서 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 아래키 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라

회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

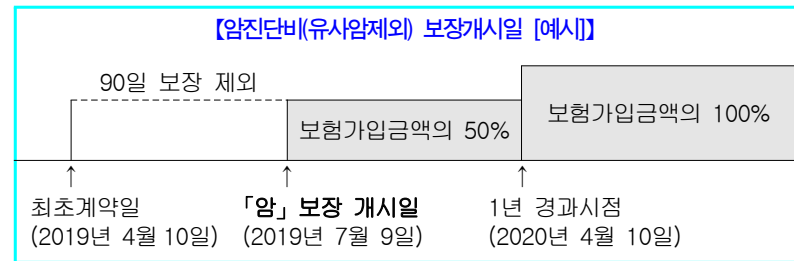
2-24. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 진단확정 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
「암」으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「암」보장개시일은 이 보장의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표9】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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.

제4조(특별약관의 무효)

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

- 1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
- 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다습플러스종합보험 1904보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

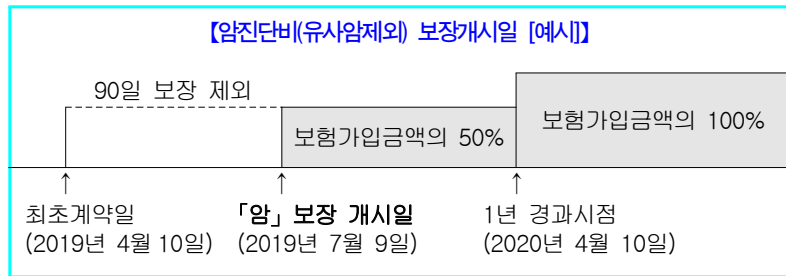
2-25. 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 진단확정 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「암」보장개시일은 이 보장의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일 이 지난 날의 다음날로 합니다.



- ③ 제2항에도 불구하고 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신 계약의 경우에는 「암」 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표9】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-26. 유사암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상
「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11】 『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총4회 보험금을 지급한 때에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-27. 갱신형 유사암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표10】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11】 『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총4회 보험금을 지급한 때에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

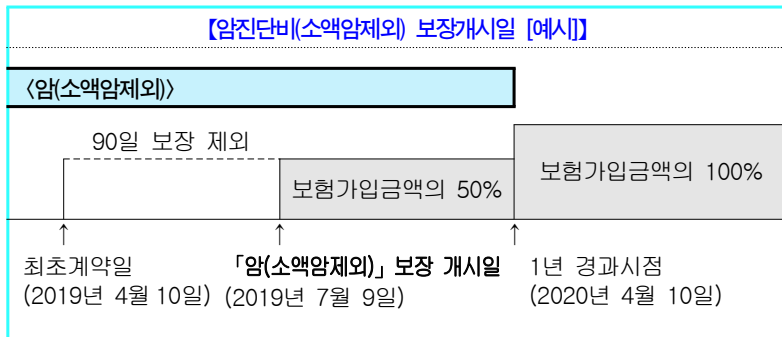
2-28. 암진단비(소액암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암(소액암제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 암진단비(소액암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암(소액암제외) 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암(소액암제외)」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」 이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

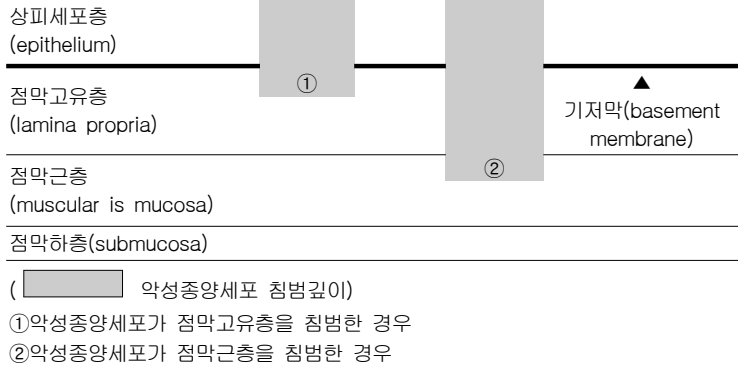
제3조(암(소액암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암(소액암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조) 중 아래의 악성신생물(암) 및 제2항에서 정한 「대장점막내암」을 제외한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)인 경우도 제외합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 자궁경부의 악성 신생물	C53
3. 자궁체부의 악성 신생물	C54
4. 전립선의 악성 신생물	C61
5. 방광의 악성 신생물	C67

- ② 이 특별약관에 있어 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

< 대장점막내암 예시 >



- ③ 「암(소액암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암(소액암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 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.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 이 특별약관의 보험료를 납입한

날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암(소액암제외)」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다스플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(소액암제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

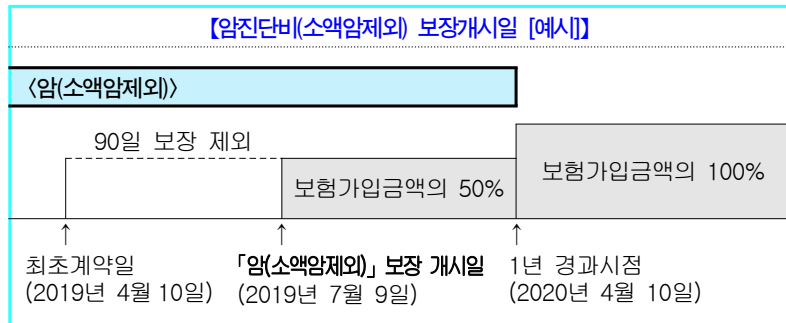
2-29. 갱신형 암진단비(소액암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암(소액암제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 암진단비(소액암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
암(소액암제외)진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액 의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 「암(소액암제외)」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신계약의 경우에는 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

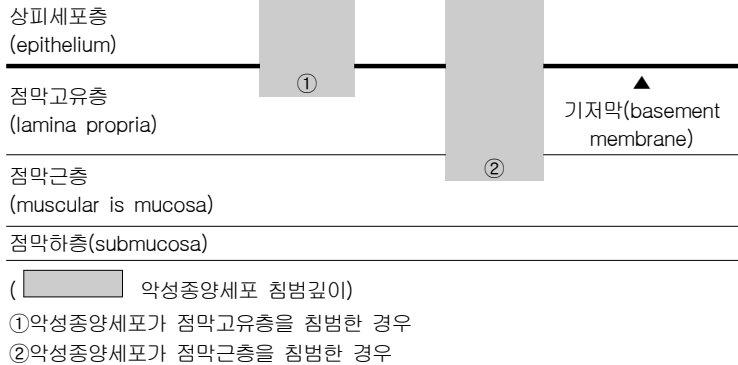
제3조(암(소액암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(소액암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조) 중 아래의 악성신생물(암) 및 제2항에서 정한 「대장점막내암」을 제외한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)인 경우도 제외합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 자궁경부의 악성 신생물	C53
3. 자궁체부의 악성 신생물	C54
4. 전립선의 악성 신생물	C61
5. 방광의 악성 신생물	C67

② 이 특별약관에 있어 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

< 대장점막내암 예시 >



- ③ 「암(소액암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암(소액암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 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.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 이 특별약관의 보험료를 납입한

날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암(소액암제외)」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(소액암제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-30. 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

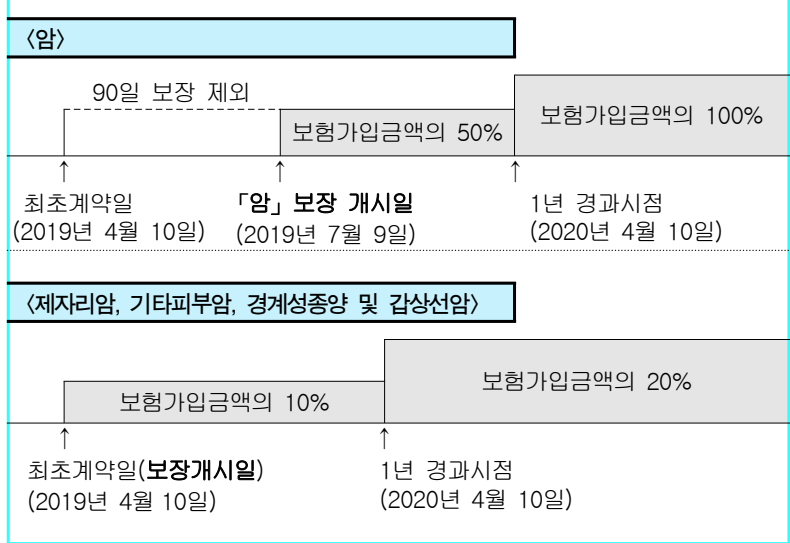
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래에서 정한 금액을 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 50%	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 100%
2. 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 10%	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 20%

② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다

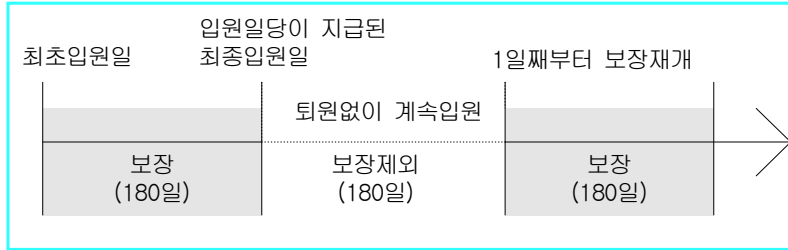
음날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

[암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상 180일한도) 및 보장개시일(예시)]



- ③ 제1항의 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 하며, 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산하여 180일 한도를 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터

180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태

(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑦ 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.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의

증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.
- ③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.
 - 1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
 - 2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - 3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서

자택 등에서의 치료가 곤란하여 “의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(다만, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)”에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

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

- 1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
- 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다스플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-31. 갱신형 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원에 입원하여 의사의 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래에서 정한 금액을 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.

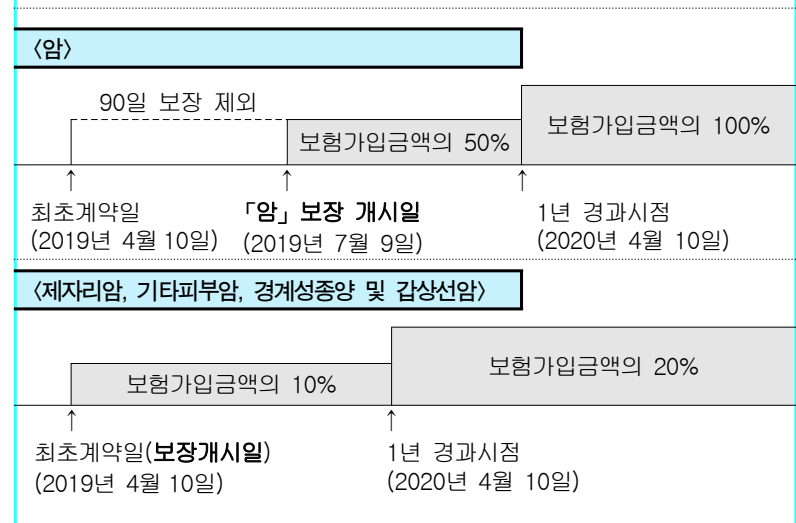
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 50%	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 100%
2. 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 10%	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 20%

② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하

「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제8조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신 계약의 경우에는 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

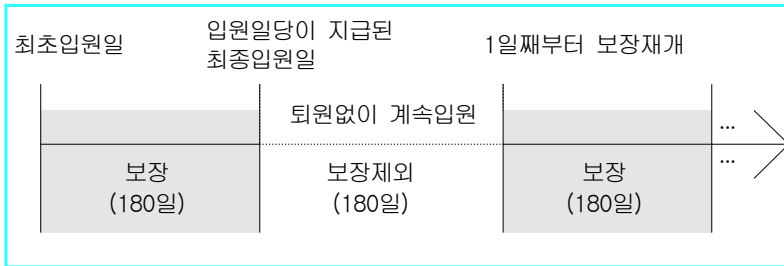
【암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상 180일한도) 및 보장개시일예시】



④ 제1항의 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 하며, 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산하여 180일 한도를 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성

종양」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(요양병원 제외, 1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접 치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑥ 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑦ 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.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.
- ③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.
 - 1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
 - 2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - 3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 “의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(다만, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)”에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

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

- 1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
- 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에

따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(반기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-32. 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)보장 특별약관

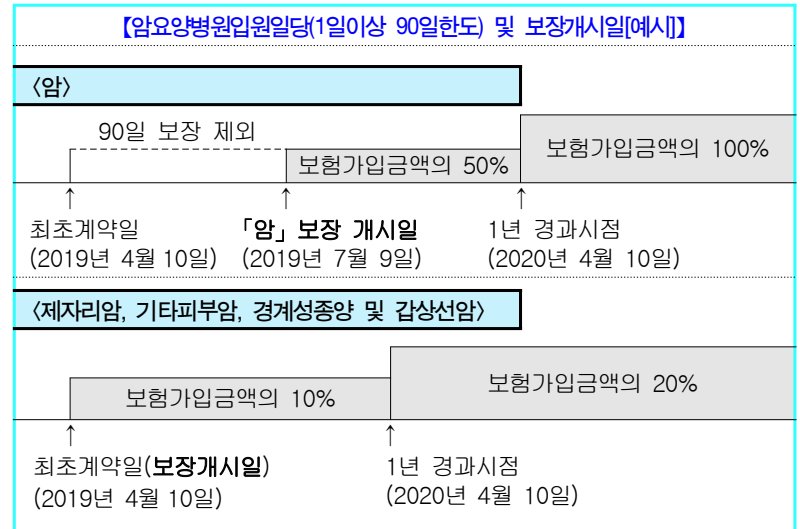
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을

한도로 합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
1. 「암」으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

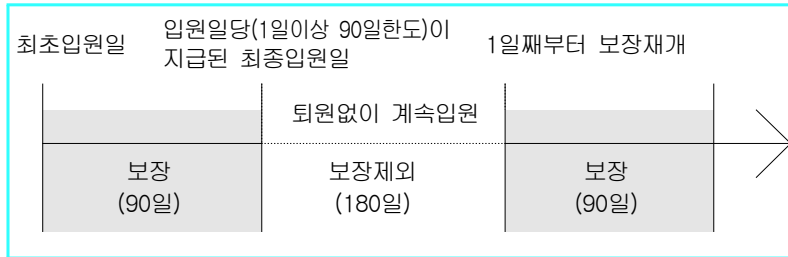
- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



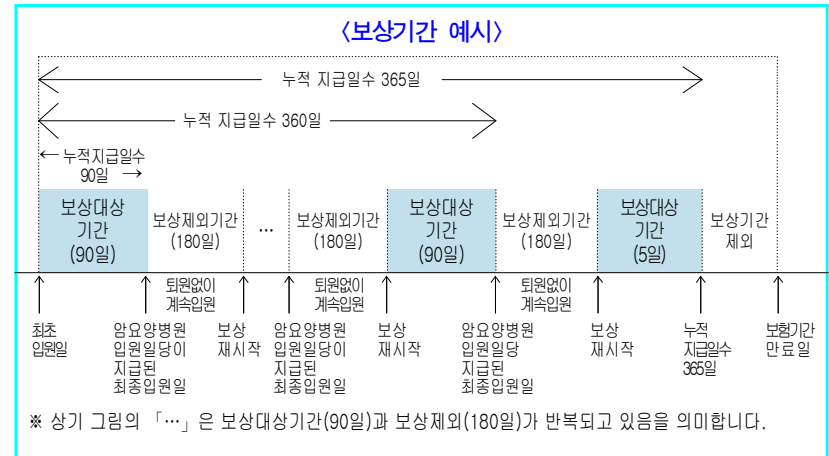
- ③ 제1항의 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)의 지급일수는 1회 입원

당 90일을 한도로 하며, 양양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 양요양병원입원일당(1일 이상 90일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 양요양병원입원일당(1일 이상 90일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 양요양병원입원일당(1일 이상 90일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 계약일부터 지급된 양요양병원입원일당(1일 이상 90일한도)의 누적 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인한 양요양병원입원일당(1일 이상 90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받은 경우에는 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 보지 않습니다.



- ⑥ 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 양요양병원입원일당(1일 이상 90일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 양요양병원입원일당(1일 이상 90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑦ 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.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가

더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

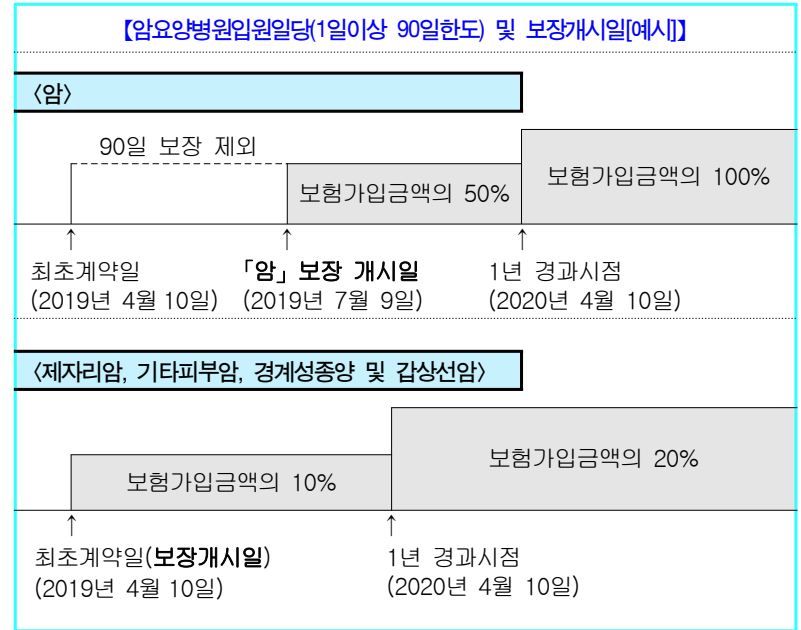
2-33. 갱신형 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

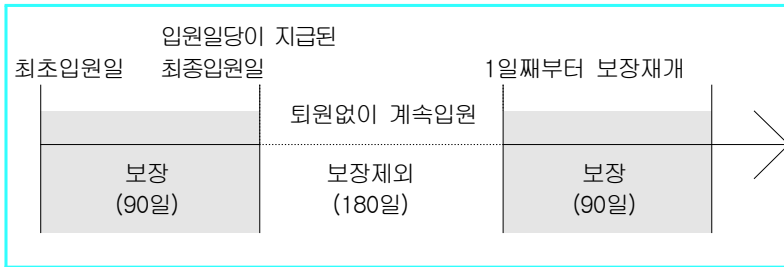
구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
1. 「암」으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신계약의 경우에는 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

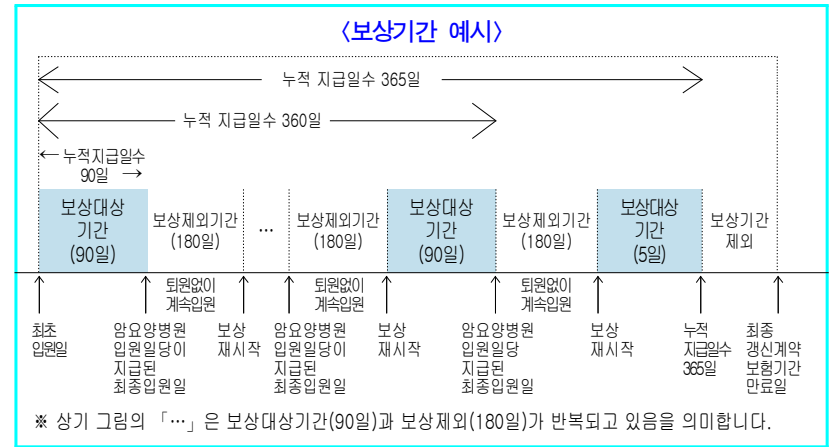


④ 제1항의 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원입원일당(1일 이상 90일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 계약일부터 지급된 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 누적 지급일 수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인한 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받은 경우에는 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 보지 않습니다.



- ⑦ 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑦ 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.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험

기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

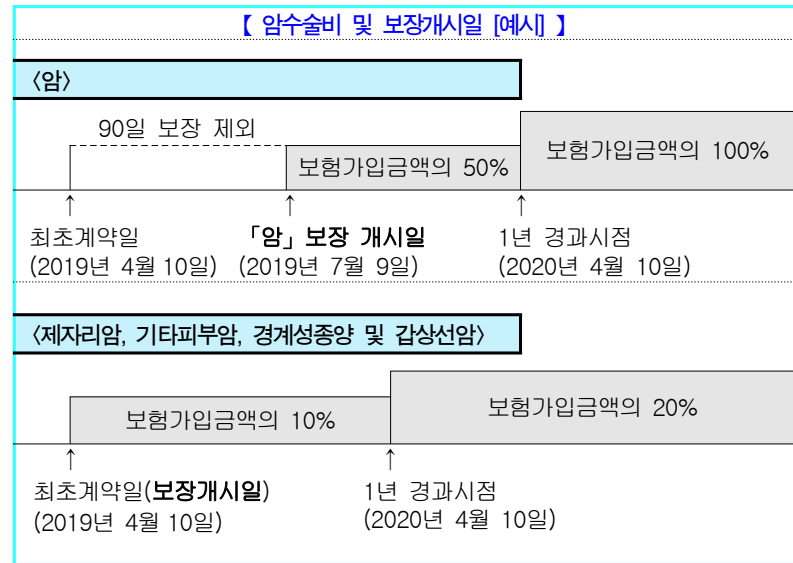
2-34. 암수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암수술시	이 특별약관 보험가입금액 50%	이 특별약관 보험가입금액 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암 수술시	이 특별약관 보험가입금액 10%	이 특별약관 보험가입금액 20%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상

선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

- ⑦ 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.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」수술, 「제자리암」수술, 「기타피부암」수술, 「경계성종양」수술, 「갑상선암」수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다스플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며,

이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-35. 갱신형 암수술비보장 특별약관

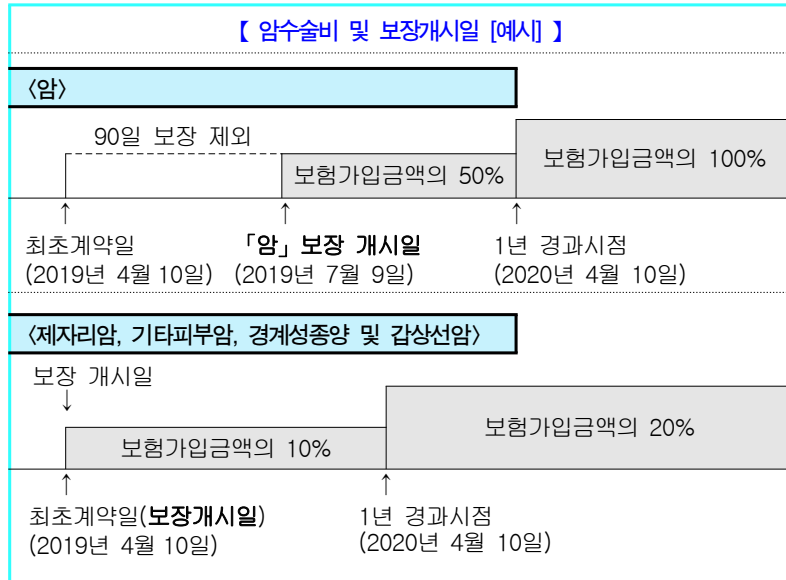
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
암 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하

「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신 계약의 경우에는 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의

료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)기타피부암 및 갑상선암 제외』분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑥ 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위

한 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.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」수술, 「제자리암」수술, 「기타 피부암」수술, 「경계성종양」수술, 「갑상선암」수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】** 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】** 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에

너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암 보장 개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부

터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-36. 항암방사선·약물치료비(최초1회한)보장 특별약관

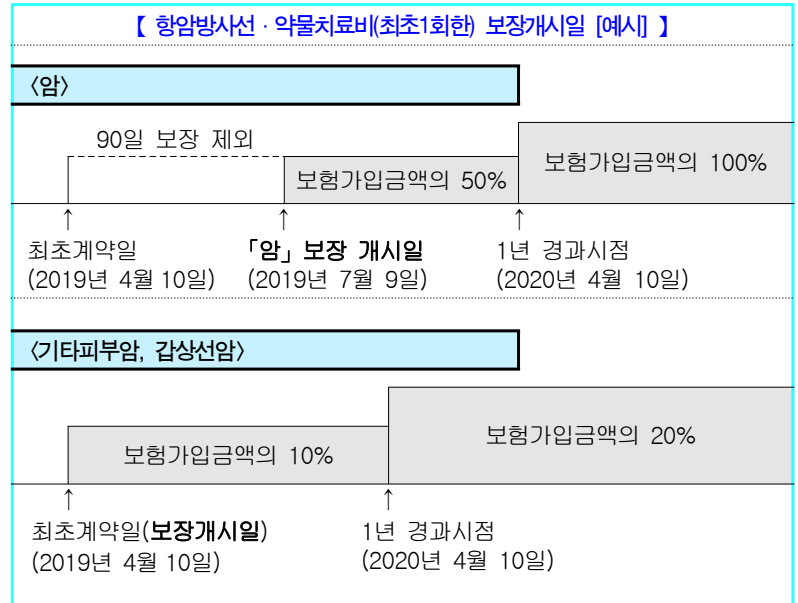
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」, 「기타피부암」, 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」, 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 항암방사선·약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 「암」으로 항암방사선·약물치료비를 지급 받은 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 항암방사선·약물치

료비는 지급하지 않습니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암	이 특별약관 보험가입금액 50%	이 특별약관 보험가입금액 100%
기타피부암 또는 갑상선암	이 특별약관 보험가입금액 10%	이 특별약관 보험가입금액 20%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ③ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ④ 제1항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조

직(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 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

- ⑤ 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.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

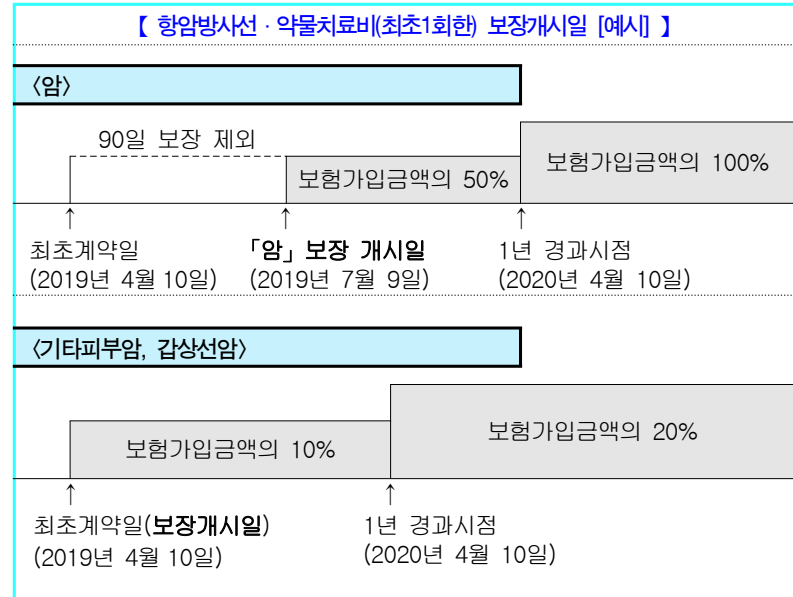
2-37. 갱신형 항암방사선·약물치료비(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」, 「기타피부암」, 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」, 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 항암방사선·약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 「암」으로 항암방사선·약물치료비를 지급 받은 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 항암방사선·약물치료비는 지급하지 않습니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
암	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ③ 제2항에도 불구하고 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신 계약의 경우에는 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ④ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표9】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병

(【별표10】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의사자격증을 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 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑤ 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.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을

계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-38. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

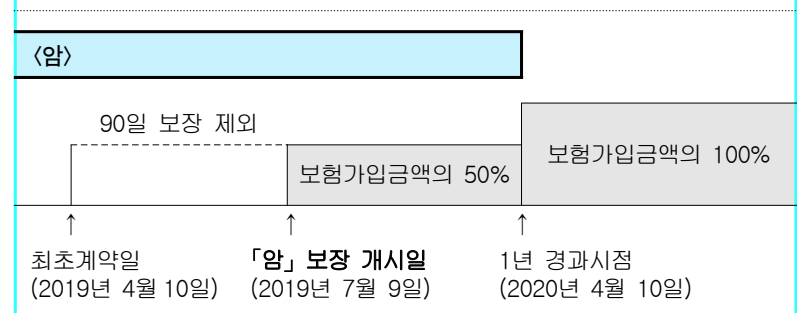
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「5대고액치료비암」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 5대고액치료비암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
5대고액치료비암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【5대고액치료비암진단비 보장개시일 [예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

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

제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「5대고액치료비암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로 【별표13】 「5대고액치료비암 분류표」에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격을 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 「5대고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「5대고액치료비암」으로 진단확정 되는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-39. 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

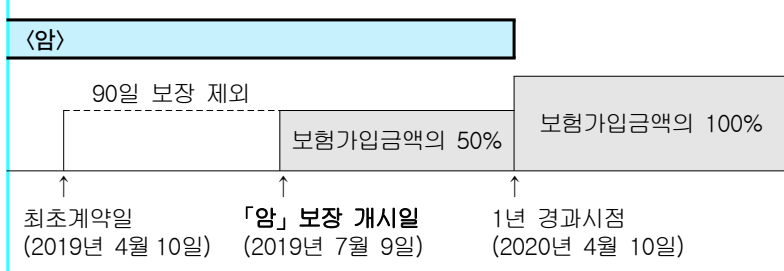
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「5대고액치료비암」으로 진단확

정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 5대고액치료비 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
5대고액치료비 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【5대고액치료비진단비 보장개시일 [예시]】



③ 제2항에도 불구하고 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신 계약의 경우에는 「5대고액치료비」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「5대고액치료비암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로 【별표13】 『5대고액치료비암 분류표』에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격을 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 「5대고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「5대고액치료비암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솨플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」 에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-40. 3대특정암진단비보장 특별약관

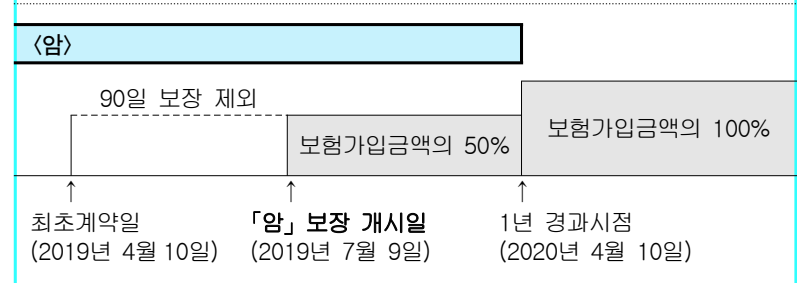
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「3대특정암」 으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 3대특정암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
3대특정암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」 은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」 이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【3대특정암진단비 보장개시일 [예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병

원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(3대특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「3대특정암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「3대특정암」으로 분류되는 질병(【별표14】 『3대특정암 분류표』)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「3대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「3대특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「3대특정암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대특정암진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

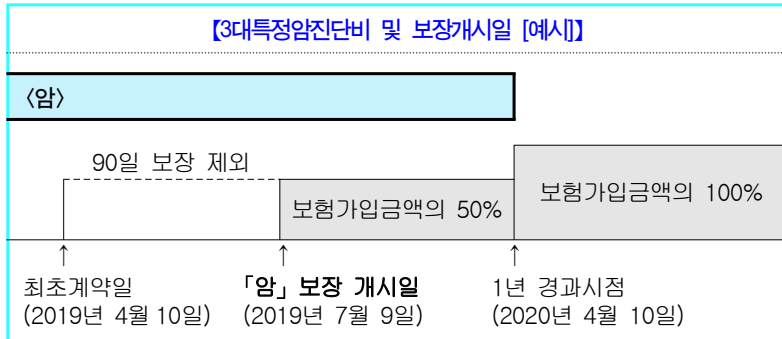
2-41. 갱신형 3대특정암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「3대특정암」으로 진단확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 3대특정암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		갱신계약
	최초계약		
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
3대특정암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신 계약의 경우에는 「3대특정암」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(3대특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「3대특정암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「3대특정암」으로 분류되는 질병(【별표14】 「3대특정암 분류표」)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「3대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「3대특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「3대특정암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」)이라 합니다. 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대특정암진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-42. 5대부위특정암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

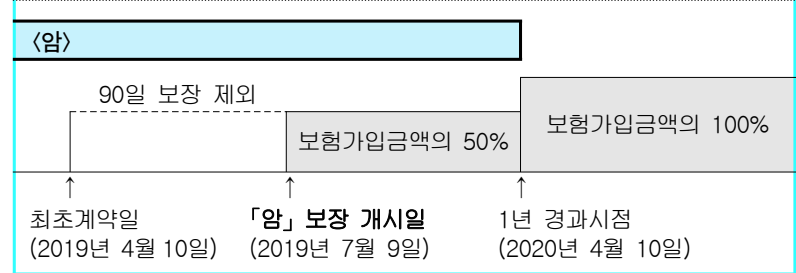
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「5대부위특정암」으로 진단확정

되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 5대부위특정암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
5대부위특정암진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【5대부위특정암진단비 보장개시일 [예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대부위특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「5대부위특정암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인 분류에 있어서 「5대부위특정암」으로 분류되는 질병으로 【별표15】 『5대

부위특정암 분류표』에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

- ② 「5대부위특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「5대부위특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

- 1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「5대부위특정암」으로 진단확정 되는 경우
- 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대부위특정암진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-43. 갱신형 5대부위특정암진단비보장 특별약관

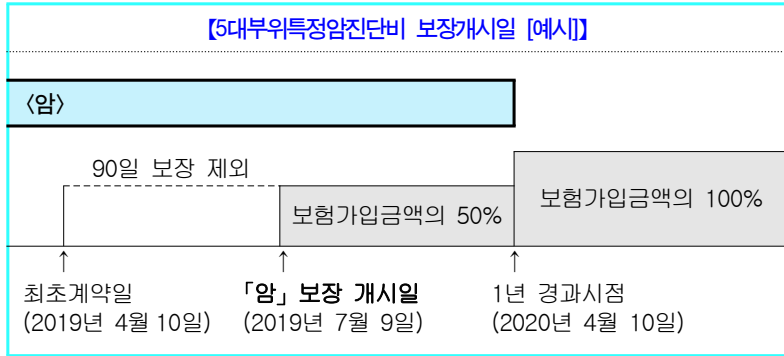
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「5대부위특정암」으로 진단확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 5대부위특정암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
5대부위특정암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【5대부위특정암진단비 보장개시일 [예시]】



③ 제2항에도 불구하고 제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신 계약의 경우에는 「5대부위특정암」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대부위특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「5대부위특정암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인 분류에 있어서 「5대부위특정암」으로 분류되는 질병으로 【별표15】 『5대부위특정암 분류표』에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 「5대부위특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사

에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「5대부위특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「5대부위특정암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다스플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갹신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갹신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대부위특정암진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-44. 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술시	이 특별약관 보험가입금액 50%	이 특별약관 보험가입금액 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「여성생식기암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병(【별표16】『여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「자궁적출수술(hysterotomy)」이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 「자궁적출수술의 분류표」(【별표17】 자궁적출수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다.
- ③ 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암」에 대한 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 피보형자 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「자궁적출수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

[절단] 특정부위를 잘라내는 것
[절제] 특정부위를 잘라 없애는 것
[흡인] 주사기 등으로 빨아들이는 것
[천자] 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

[신의료기술평가위원회]

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

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선중양학과 전

문의 자격증을 가진자가 피보형자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문 의사자격을 가진 자가 피보형자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 피보형자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「여성생식기암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보형자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하

지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-45. 갱신형 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회환)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「여성생식기암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신계약의 경우에는 「여성생식기암」, 「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병(【별표16】 『여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「자궁적출수술(hysterotomy)」이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 「자궁적출수술의 분류표」(【별표17】 자궁적출수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다.
- ③ 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암」에 대한 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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

「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「자궁적출수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】** 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】** 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문 의사자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「여성생식기암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 NH다스플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-46. 양성뇌종양진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견

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

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- ② 제1항의 「양성뇌종양」은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.
- ③ 「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과외사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과외사 또는 신경외과외사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-47. 갱신형 양성뇌종양진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「양성뇌종양」 으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「양성뇌종양」 이라 함은 생명에 치명적이며 양이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- ② 제1항의 「양성뇌종양」 은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

- ③ 「양성뇌종양」 의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 「의사」 라고 합니다)중 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「양성뇌종양」 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」 에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-48. 뇌출혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌출혈」로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 뇌출혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌출혈 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌출혈」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌출혈」으로 분류되는 질병으로 【별표18】 『뇌출혈 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌출혈」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 때에는 그 손해상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
 ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-49. 갱신형 뇌출혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별

약관의 보험기간 중에 「뇌출혈」로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 뇌출혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
뇌출혈 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌출혈」으로 분류되는 질병으로 【별표18】 『뇌출혈 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌출혈」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험¹⁹⁰⁴ 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-50. 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별

약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 뇌졸중 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표19】 『뇌졸중 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-51. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 뇌졸중 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
뇌졸중진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표19】 『뇌졸중 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-52. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 뇌혈관질환 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표20】 『뇌혈관질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-53. 갱신행 뇌혈관질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 뇌혈관질환 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
뇌혈관질환 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분

류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표20】 『뇌혈관질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-54. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상
뇌혈관질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표20】 『뇌혈관질환

한 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-55. 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
뇌혈관질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표20】 『뇌혈관질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자

(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-56. 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 급성심근경색증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「급성심근경색증」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사

인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표21】 『급성심근경색증 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 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 피보험자가 사망하여 상거 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-57. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 급성심근경색증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
급성심근경색증 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표21】 『급성심근경색증 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병

력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통

약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-58. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어 「허혈성심장질환」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표22】 「허혈성심장질환 분류표」에서 정한 질병을 말합니다.
- 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내

의 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 피보험자가 사망하여 상거 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-59. 갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최

초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
허혈성심장질환 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「허혈성심장질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표22】 『허혈성심장질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 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 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-60. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별

약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상
허혈성심장질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어 「허혈성심장질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표22】 『허혈성심장질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 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 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】** 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】** 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-61. 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
허혈성심장질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「허혈성심장질환」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사

인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표22】

『허혈성심장질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 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 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」 이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 「질병수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법을 포함합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

[절단] 특정부위를 잘라내는 것
[절제] 특정부위를 잘라 없애는 것
[흡인] 주사기 등으로 빨아들이는 것
[천자] 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-62. 말기간경화진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기간경화」로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 말기간경화진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
말기간경화 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기간경화의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「말기간경화」라 함은 【별표23】 『말기간경화 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「말기간경화」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기

초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「말기간경화」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-63. 갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기간경화」로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 말기간경화진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
말기간경화 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기간경화의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「말기간경화」라 함은 【별표23】 『말기간경화 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「말기간경화」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「말기간경화」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부

터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-64. 말기폐질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기폐질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 말기폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
말기폐질환 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기폐질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「말기폐질환」라 함은 【별표24】 『말기폐질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「말기폐질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「말기폐질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-65. 갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기폐질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 말기폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
말기폐질환 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기폐질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「말기폐질환」 라 함은 【별표24】 『말기폐질환 분류

표』에서 정한 질병을 말합니다.

② 「말기폐질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「말기폐질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-66. 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 말기신부전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
말기신부전증으로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신장질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.
- 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국

내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-67. 갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 말기신부전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
말기신부전증으로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신장질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.
- ② 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험

기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-68. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 만성당뇨합병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
만성당뇨합병증 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「만성당뇨합병증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「만성당뇨합병증」으로 분류되는 질병으로 【별표25】 『만성당뇨합병증 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 다음 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.
 - 1. 당뇨병성 망막증: 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
 - 2. 당뇨병성 신증: 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질이 500mg 이상 검출된 경우(단백뇨 군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
 - 3. 당뇨병성 신경병증: 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경

전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우

4. 당뇨병성 말초순환장애: 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-69. 갱신형 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 만성당뇨합병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
만성당뇨합병증 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「만성당뇨합병증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「만성당뇨합병증」으로 분류되는 질병으로 【별표25】 『만성당뇨합병증 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 다음 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.
 - 1. 당뇨병성 망막증: 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
 - 2. 당뇨병성 신증: 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질이 500mg 이상 검출된 경우(단백뇨 군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)

- 3. 당뇨병성 신경병증: 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
- 4. 당뇨병성 말초순환장애: 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

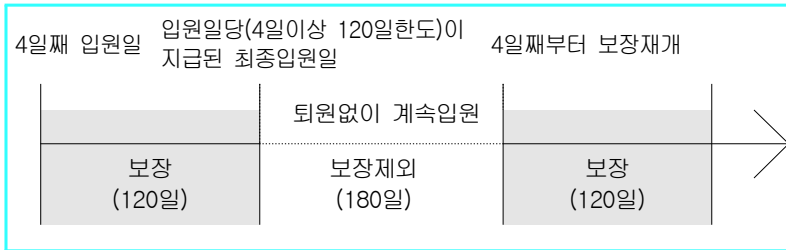
제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-70. 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「부인과질병」으로 진단확정되고 그 「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「부인과질병」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산하여 120일 한도를 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「부인과질병」에 대한 입원이라도 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 「부인과질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던

중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)을 계속 보상합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「부인과질병」이란 【별표26】 『부인과질병 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「부인과질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「부인과질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 부인과질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

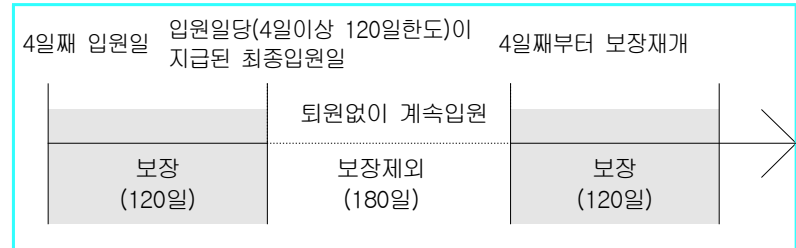
제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

- 일한 「부인과질병」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산하여 120일 한도를 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「부인과질병」에 대한 입원이라도 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2-71. 갱신형 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「부인과질병」으로 진단확정되고 그 「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동

- ④ 피보험자가 「부인과질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 부인과질병입원일당(4일이상 120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「부인과질병」이란 【별표26】 『부인과질병 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「부인과질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「부인과질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 부인과질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가

더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-72. 부인과질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「부인과질병」으로 진단확정되고 그 「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 부인과질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
부인과질병 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「부인과질병」이란 【별표26】 『부인과질병 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「부인과질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「부인과질병수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-73. 갱신형 부인과질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「부인과질병」으로 진단확정되고 그 「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 부인과질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
부인과질병 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

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

제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「부인과질병」이란 【별표26】 『부인과질병 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「부인과질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「부인과질병수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-74. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「조혈모세포이식」 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(조혈모세포이식의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어 「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보

험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「조혈모세포이식수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

[절단] 특정부위를 잘라내는 것

[절제] 특정부위를 잘라 없애는 것

[흡인] 주사기 등으로 빨아들이는 것

[천자] 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

[신의료기술평가위원회]

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-75. 갱신형 조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「조혈모세포이식」 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(조혈모세포이식수술의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어 「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전 상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전 상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「조혈모세포이식수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-76. 충수염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「충수염(맹장염)」으로 진단확정되고 그 「충수염(맹장염)」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

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

제3조(총수염의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「총수염(맹장염)」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「총수염(맹장염)」으로 분류되는 질병으로 【별표27】 『총수염(맹장염) 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「총수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과외사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「총수염수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 총수염수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-77. 갱신형 총수염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「총수염(맹장염)」으로 진단확정되고 그 「총수염(맹장염)」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 총수염수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(총수염의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「총수염(맹장염)」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「총수염(맹장염)」으로 분류되는 질병으로 【별표27】 『총수염(맹장염) 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「총수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「총수염수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【항후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 총수염수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-78. 탈장수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「탈장」으로 진단확정되고 그 「탈장」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 탈장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(탈장의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「탈장」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「탈장」으로 분류되는 질병으로 【별표28】 『탈장 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「탈장」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「탈장수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에

치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【항후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것

【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-79. 갱신형 탈장수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「탈장」으로 진단확정되고 그 「탈장」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 탈장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(탈장의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「탈장」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「탈장」으로 분류되는 질병으로 【별표28】 『탈장 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「탈장」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「탈장수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에

치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【항후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것

【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인】 주사가 등으로 빨아들이는 것

【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-80. 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「남성특정비뇨기계질환」로 진단확정되고 그 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 남성특정비뇨기계질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
남성특정비뇨기계질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

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

제3조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「남성특정비뇨기계질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「남성특정비뇨기계질환」으로 분류되는 질병으로 【별표29】 『남성특정비뇨기계질환 분류표』에서 정한 사구체질환, 세뇨관-간질질환, 신부전, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타질환, 남성 생식기관의 질환을 말합니다.
- ② 위에서의 「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 신장병증, 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 사구체질환 참조)을 말합니다.
- ③ 위에서의 「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 세뇨관병태, 기타 세뇨관-간질 질환, 달리 분류된 질환에서의 세뇨관-간질 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 세뇨관-간질질환 참조)을 말합니다.
- ④ 위에서의 「신부전」이라 함은 급성 급성 신부전, 만성 신장질환, 상세불명의 신부전으로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.
- ⑤ 위에서의 「신장 및 요관의 기타장애」라 함은 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애, 상세불명의 신장 위축, 원인미상의 작은 신장, 달리 분류되지 않는 신장 및 요관의 기타 장애, 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환분류표 중 신장 및 요관의 기타장애 참조)을 말합니다.

- ⑥ 위에서의 「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.
- ⑦ 위에서의 「남성 생식기관의 질환」이라 함은 음낭수류 및 정액류, 고환의 염전, 고환염 및 부고환염, 달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애, 남성 생식기관의 기타장애, 달리 분류된 질환에서의 남성 생식기관의 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 남성 생식기관의 질환 참조)을 말합니다.
- ⑧ 위의 「남성특정비뇨기계질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「남성특정비뇨기계질환수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

[절단] 특정부위를 잘라내는 것
[절제] 특정부위를 잘라 없애는 것
[흡인] 주사기 등으로 빨아들이는 것
[천자] 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-81. 갱신형 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「남성특정비뇨기계질환」로 진단확정되고 그 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 남성특정비뇨기계질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
남성특정 비뇨기계질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「남성특정비뇨기계질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「남성특정비뇨기계질환」으로 분류되는 질병으로 **【별표29】 『남성특정비뇨기계질환 분류표』**에서 정한 사구체질환, 세뇨관-간질질환, 신부전, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타질환, 남성 생식기관의 질환을 말합니다.
- ② 위에서의 「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 신장병증, 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 사구체질환 참조)을 말합니다.
- ③ 위에서의 「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 장애

로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 세뇨관-간질질환 참조)을 말합니다.

- ④ 위에서의 「신부전」이라 함은 급성 급성 신부전, 만성 신장질환, 상세불명의 신부전으로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.
- ⑤ 위에서의 「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 기타 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환분류표 중 신장 및 요관의 기타장애 참조)을 말합니다.
- ⑥ 위에서의 「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, 비뇨기계통의기타 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 비뇨계통의 기타질환 참조)을 말합니다.
- ⑦ 위에서의 「남성 생식기관의 질환」이라 함은 음낭수류 및 정액류, 고환의 염전, 고환염 및 부고환염, 달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애, 남성 생식기관의 기타장애, 달리 분류된 질환에서의 남성 생식기관의 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 남성 생식기관의 질환 참조)을 말합니다.
- ⑧ 위의 「남성특정비뇨기계질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「남성특정비뇨기계질환수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【항후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내 의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며,

이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-82. 추간판장애수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「추간판장애」로 진단확정되고 그 「추간판장애」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(추간판장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「추간판장애」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「추간판장애」로 분류되는 질병으로【별표30】『추간판장애 분류표』에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 「추간판장애」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「추간판장애수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】** 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며,

이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

2-83. 갱신형 추간판장애수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「추간판장애」로 진단확정되고 그 「추간판장애」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(추간판장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「추간판장애」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「추간판장애」로 분류되는 질병으로 **【별표30】 『추간판장애 분류표』**에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 「추간판장애」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「추간판장애수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험

- 기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

Ⅲ. 상해 및 질병관련 특별약관

3-1. 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 「깁스(Cast)치료」를 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- ② 제1항의 「깁스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다.
- ③ 제2항에서 「부목(Splint cast) 치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-2. 갱신형 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 「깁스(Cast)치료」를 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- ② 제1항의 「깁스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다.
- ③ 제2항에서 「부목(Splint cast) 치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험¹⁹⁰⁴ 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-3. 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 진단확정되고 장기수혜자로서 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「5대장기이식수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「5대장기」라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「5대장기이식수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도

변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】** 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-4. 갱신형 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 진단확정되고 장기수혜자로서 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「5대장기이식수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「5대장기」라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「5대장기이식수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도

변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】** 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】** 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-5. 인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「인공관절수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 인공관절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「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 회복시켜주는 「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 받은 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 인공관절수술비 지급사유에 포함되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「인공관절수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것

【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다습플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-6. 갱신형 인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 제3조(수술의 정

의와 장소)에서 정한 「인공관절수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 인공관절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「인공관절수술」이라 함은 다음과 같습니다.
- 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 회복시켜주는 「인공관절치환술」을 받은 경우
 - 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
- ③ 제2항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 인공관절수술비 지급사유에 포함되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「인공관절수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- [절단]** 특정부위를 잘라내는 것
- [절제]** 특정부위를 잘라 없애는 것
- [흡인]** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- [천자]** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신

계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-7. 고관절인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「고관절인공관절수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 고관절인공관절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「고관절인공관절수술」이라 함은 다음과 같습니다.
 1. 고관절(엉덩이관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 고관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 고관절을 제거하고 「인공적으로 만든 관절」(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 「인공관절치환술」을 받은 경우

2. 손상된 대퇴골두를 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

- ③ 제2항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 인공관절수술비 지급사유에 포함되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「인공관절수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- [절단]** 특정부위를 잘라내는 것
- [절제]** 특정부위를 잘라 없애는 것
- [흡인]** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- [천자]** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

[신의료기술평가위원회]

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험₁₉₀₄ 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-8. 갱신형 고관절인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「고관절인공관절수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 고관절인공관절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「고관절인공관절수술」이라 함은 다음과 같습니다.
 1. 고관절(엉덩이관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 고관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 고관절을 제거하고 「인공적으로 만든 관절」(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 「인공관절치환술」을 받은 경우
 2. 손상된 대퇴골두를 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
- ③ 제2항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 인공관절수술비 지급사유에 포함되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」 이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 「인공관절수술」 이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의리기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의리기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」 에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】 로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의리기관이라 함은 의료법 제3조(의리기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의리기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 2. 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」 에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-9. 각막이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 진단확정되고 장기수해자로서 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「각막이식수술」 을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「각막이식수술」라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「각막이식수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

[절단] 특정부위를 잘라내는 것
[절제] 특정부위를 잘라 없애는 것
[흡인] 주사기 등으로 빨아들이는 것
[천자] 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-10. 갱신형 각막이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 진단확정되고 장기수해자로서 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「각막이식수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「각막이식수술」라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「각막이식수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것
【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-11. 유방절제수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「유방절제수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「유방절제수술(Total Mastectomy)」라 함은 이라 함은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 있어서 【별표31】 『유방절제수술 및 처치코드』에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「유방절제수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【항후 제도

변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것

【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다스플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

3-12. 갱신형 유방절제수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「유방절제수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「유방절제수술(Total Mastectomy)」라 함은 이라 함은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 있어서 【별표31】 『유방절제수술 및 처치코드』에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「유방절제수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도

변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【절단】 특정부위를 잘라내는 것

【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자】 바늘 또는 관을 꿰어 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

IV. 간병관련 특별약관

4-1. 장기요양진단비(1급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양진단비(1급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 2. 「국민건강보험공단 등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상」의 판정 기준(이하 “장기요양등급 판정기준”이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양 등급」과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

【예시】

장기요양등급 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애 등급으로 변경되는 경우 등

- 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알려 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이

변경될 수 있습니다.

- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비(1급)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

4-2. 갱신형 장기요양진단비(1급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양진단비(1등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 2. 「국민건강보험공단 등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상」의 판정기준(이하 “장기요양등급 판정기준”이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

【예시】
장기요양등급 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알려 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비(1급)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

4-3. 장기요양진단비(1~2급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 또는 2등급의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양진단비(1~2등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 2. 「국민건강보험공단 등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상」의 판정기준(이하 “장기요양등급 판정기준”이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

【예시】
장기요양등급 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알려 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비(1~2급)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

4-4. 갱신형 장기요양진단비(1~2급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 또는 2등급의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양진단비(1~2등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 2. 「국민건강보험공단 등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상」의 판정

기준(이하 “장기요양등급 판정기준”이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양 등급」과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

[예시]

장기요양등급 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알려 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있

으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비(1~2급)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

4-5. 장기요양진단비(1~4급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양진단비(1~4등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 2. 「국민건강보험공단 등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상」의 판정

기준(이하 “장기요양등급 판정기준”이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

【예시】

장기요양등급 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알려 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있

으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임 준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비(1~4급)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

4-6. 갱신형 장기요양진단비(1~4급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급의 장기요양 등급을 판정받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양진단비(1~4등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 2. 「국민건강보험공단 등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상」의 판정기준(이하 “장기요양등급 판정기준”이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 “장기요양등급 판정기준”의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

[예시]

장기요양등급 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애 등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알려 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비(1~4급)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

V. 비용손해관련 특별약관

5-1. 교통사고처리지원금(II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 인하여 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

피해자에게 입힌 상해의 종류	교통사고처리지원금	
1. 피해자를 사망하게 한 경우	5천만원 한도	
2. 「중대법규위반 교통사고」로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우	구분	금액
	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	1천만원 한도
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	3천만원 한도
	140일(20주)이상 진단시	5천만원 한도
3. 「일반교통사고」로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 경찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법	5천만원 한도	

피해자에게 입힌 상해의 종류	교통사고처리지원금
시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을(【별표32】 『자동차사고 부상등급표』 참조)입힌 경우	

【 용어풀이 】

- 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차
 - 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

- 덤프트럭
 - 타이어식 기중기
 - 콘크리트믹서트럭
 - 트럭적재식 콘크리트펌프
 - 트럭적재식 아스팔트살포기
 - 타이어식 굴삭기
 - 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 트럭지게차
 - 도로보수트럭
 - 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

- 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하고

나 조작 가능한 상태를 말합니다.

3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

1. 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
2. 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표33】 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
- ③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유)의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ④ 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 회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
 2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우
- ⑥ 제5항에 따라 회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
 3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
 5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우, 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차를 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라

회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-2. 갱신형 교통사고처리지원금(II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 인하여 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

피해자에게 입힌 상해의 종류	교통사고처리지원금	
1. 피해자를 사망하게 한 경우	5천만원 한도	
2. 「중대법규위반 교통사고」로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우	구분	금액
	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	1천만원 한도
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	3천만원 한도
	140일(20주)이상 진단시	5천만원 한도
3. 「일반교통사고」로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사	5천만원 한도	

피해자에게 입힌 상해의 종류	교통사고처리지원금
고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 (【별표32】『자동차사고 부상등급표』 참조)입힌 경우	

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
 ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

1. 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
2. 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표33】「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
- ③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유)의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ④ 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 회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
 2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우
- ⑥ 제5항에 따라 회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
 3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
 5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의

3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우, 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차를 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-3. 자동차사고부상치료비(운전자)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상 등급표(【별표32】『자동차사고 부상 등급표』 참조)의 부상등급을 받은 경우에는 아래의 금액을 자동차사고부상치료비(운전자)로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	지급보험금
1급	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2급	이 특별약관 보험가입금액의 50%
3급	이 특별약관 보험가입금액의 40%
4급	이 특별약관 보험가입금액의 30%
5급	이 특별약관 보험가입금액의 20%
6급	이 특별약관 보험가입금액의 10%
7급	이 특별약관 보험가입금액의 7%
8급~11급	이 특별약관 보험가입금액의 5%
12급~14급	이 특별약관 보험가입금액의 2%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(교통사고의 정의)

이 특별약관에서 「교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
 2. 타이어식 기중기
 3. 콘크리트믹서트럭
 4. 트럭적재식 콘크리트펌프
 5. 트럭적재식 아스팔트살포기
 6. 타이어식 굴삭기
 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솨플러스중합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지

급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
 2. 하역작업
 3. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-4. 갱신형 자동차사고부상치료비(운전자)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상 등급표(【별표32】 『자동차사고 부상 등급표』 참조)의 부상등급을 받은 경우에는 아래의 금액을 자동차사고부상치료비(운전자)로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	지급보험금
1급	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2급	이 특별약관 보험가입금액의 50%
3급	이 특별약관 보험가입금액의 40%
4급	이 특별약관 보험가입금액의 30%
5급	이 특별약관 보험가입금액의 20%
6급	이 특별약관 보험가입금액의 10%
7급	이 특별약관 보험가입금액의 7%
8급~11급	이 특별약관 보험가입금액의 5%
12급~14급	이 특별약관 보험가입금액의 2%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(교통사고의 정의)

이 특별약관에서 「교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
 2. 타이어식 기중기
 3. 콘크리트믹서트럭
 4. 트럭적재식 콘크리트펌프
 5. 트럭적재식 아스팔트살포기
 6. 타이어식 굴삭기
 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지

금사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
 2. 하역작업
 3. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-5. 자동차사고부상치료비(비운전자)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상 등급표(【별표32】 『자동차사고 부상 등급표』 참조)의 부상등급을 받은 경우에는 아래의 금액을 자동차사고부상치료비(비운전자)로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	지급보험금
1급	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2급	이 특별약관 보험가입금액의 50%
3급	이 특별약관 보험가입금액의 40%
4급	이 특별약관 보험가입금액의 30%
5급	이 특별약관 보험가입금액의 20%
6급	이 특별약관 보험가입금액의 10%
7급	이 특별약관 보험가입금액의 7%
8급~11급	이 특별약관 보험가입금액의 5%
12급~14급	이 특별약관 보험가입금액의 2%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(비운전중 교통사고의 정의)

이 특별약관에서 「비운전중 교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
 2. 타이어식 기중기
 3. 콘크리트믹서트럭
 4. 트럭적재식 콘크리트펌프
 5. 트럭적재식 아스팔트살포기
 6. 타이어식 굴삭기
 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다습플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
 2. 하역작업
 3. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-6. 갱신형 자동차사고부상치료비(비운전자)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상 등급표(【별표32】『자동차사고 부상 등급표』 참조)의 부상등급을 받은 경우에는 아래의 금액을 자동차사고부상치료비(비운전자)로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	지급보험금
1급	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2급	이 특별약관 보험가입금액의 50%
3급	이 특별약관 보험가입금액의 40%
4급	이 특별약관 보험가입금액의 30%
5급	이 특별약관 보험가입금액의 20%
6급	이 특별약관 보험가입금액의 10%
7급	이 특별약관 보험가입금액의 7%
8급~11급	이 특별약관 보험가입금액의 5%
12급~14급	이 특별약관 보험가입금액의 2%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(비운전중 교통사고의 정의)

이 특별약관에서 「비운전중 교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
 ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
 - 2. 하역작업
 - 3. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
 - 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」 에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신 종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-7. 자동차사고성형수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 교통사고의 직접결과로써 외형상의 반흔(흉터)이나 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 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

【 용어풀이 】

- 1. 「자동차」 라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

- 1. 덤프트럭
- 2. 타이어식 기중기
- 3. 콘크리트믹서트럭
- 4. 트럭적재식 콘크리트펌프
- 5. 트럭적재식 아스팔트살포기
- 6. 타이어식 굴삭기
- 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계

- 가. 트럭지게차
- 나. 도로보수트럭
- 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자가용자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일사고로 제조(보상하는 손해)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【항후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】** 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】** 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솨플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 발생한 사고
2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-8. 갱신형 자동차사고성형수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 교통사고의 직접결과로써 외형상의 반흔(흉터)이나 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 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계

- 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자가용자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일사고로 제조(보상하는 손해)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- 【절단】 특정부위를 잘라내는 것
- 【절제】 특정부위를 잘라 없애는 것
- 【흡인】 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 【천자】 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솨플러스중합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 발생한 사고
2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제5조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-9. 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)의 직접결과로 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, 경찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판정차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 「변호사선임비용」이라 합니다)를 「1사고」마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사선임비용으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

- 1. 덤프트럭
 - 2. 타이어식 기중기
 - 3. 콘크리트믹서트럭
 - 4. 트럭적재식 콘크리트펌프
 - 5. 트럭적재식 아스팔트살포기
 - 6. 타이어식 굴삭기
 - 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
- ② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

- ③ 제1항의 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송 동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에서 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 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상한 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 발생한 사고
- 2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- 3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차를 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-10. 갱신형 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)의 직접결과로 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 「1사고」마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사선임비용으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
- ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
 2. 타이어식 기중기
 3. 콘크리트믹서트럭
 4. 트럭적재식 콘크리트펌프
 5. 트럭적재식 아스팔트살포기
 6. 타이어식 굴삭기
 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

- ② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송 동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에서 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 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상한 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 발생한 사고
- 2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- 3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차를 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- 1. 보험금 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소명)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-11. 자동차사고별금비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)의 직접결과로 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 별금액(확정판결에 의하여 정해진 별금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 별금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 「1사고」마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 자동차사고별금비용으로 보험수익자에게 지급합니다.

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
 ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 자동차사고별금비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 발생한 사고
2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-12. 갱신형 자동차사고별금비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」 라 합니다)의 직접결과로 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 별금액(확정판결에 의하여 정해진 별금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 별금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 「1사고」 마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 자동차사고별금비용으로 보험수익자에게 지급합니다.

【 용어풀이 】

1. 「자동차」 라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기

- 6. 타이어식 굴삭기
 - 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트랙지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「운전하던 중」 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 자동차사고별금비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 발생한 사고
2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차를 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-13. 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 「의료사고」가 발생하여 소를 제기한 경우에는 1심에 한하여 1사고 마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 제1항의 의료사고법률비용을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초래하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원

또는 의원의 진료확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-14. 갱신형 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 「의료사고」가 발생하여 소를 제기한 경우에는 1심에 한하여 1사고 마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 제1항의 의료사고법률비용을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항의 「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-15. 휴일원비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프장에서 골프경기 중 휴일원(Hole in One)을 행한 경우에는 휴일원을 행한 날부터 1개월 이내에 소요된 휴일원 비용을 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 휴일원비용을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 제2항 제3호에서 정한 「축하라운드 비용」의 경우에는 휴일원을 행한 날로부터 3개월 이내에 소요된 금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 「휴일원비용」이란 다음 각 호의 비용을 부담함으로써 입은 손해를 말합니다.
 1. 증정용 기념품 구입비용. 단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
 - 1) 상품권 등의 물품전표

2) 선볼카드(다만, 피보험자가 출인원을 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상하여 드립니다.)

2. 축하만찬 비용

3. 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

③ 제2항 제1호의 「증정용 기념품 구입비용」이란 출인원을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 피보험자라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자는 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 출인원비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(골프장 등의 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 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 않습니다)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 「출인원(Hole in One)」이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해서 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래와 같은 사유로 생긴 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

- ① 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인을 포함합니다)인 경우에 그 피보험자가 경영하는 또는 고용되고 있는 골프장에서 행한 출인원
- ② 피보험자가 팔때기 홀(그린에 볼을 올리지만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다)에서 행한 출인원

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 출인원 증명서(동반 경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다.)
3. 기념품 구입비용, 축하만찬 비용, 축하라운드 비용 지출명세서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 출인원비용을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

5-16. 갱신형 출원비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프장에서 골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 출원원을 행한 날부터 1개월 이내에 소요된 출원원 비용을 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 출원원비용을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 제2항 제3호에서 정한 「축하라운드 비용」의 경우에는 출원원을 행한 날로부터 3개월 이내에 소요된 금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 「출원원비용」이란 다음 각 호의 비용을 부담함으로써 입은 손해를 말합니다.
 1. 증정용 기념품 구입비용. 단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
 - 1) 상품권 등의 물품전표
 - 2) 선불카드(다만, 피보험자가 출원원을 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상하여 드립니다.)
 2. 축하만찬 비용
 3. 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)
- ③ 제2항 제1호의 「증정용 기념품 구입비용」이란 출원원을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 피보험자라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자는 제외합니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 출원원비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(골프장 등의 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 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 않습니다)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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래와 같은 사유로 생긴 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

- ① 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용자(임시고용인을 포함합니다)인 경우에 그 피보험자가 경영하는 또는 고용되고 있는 골프장에서 행한 홀인원
- ② 피보험자가 깔때기 홀(그린에 볼을 올리지만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다)에서 행한 홀인원

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 출원원 증명서(동반 경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공

- 동 서명·날인이 있어야 합니다)
3. 기념품 구입비용, 축하만찬 비용, 축하라운드 비용 지출명세서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신 계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 출원원비용을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

VI. 배상책임손해관련 특별약관

6-0. 배상책임 관련 특별약관 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

2. 보상 관련 용어

- 가. 배상책임: 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
- 나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 「보험금 등

의 지급한도」에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

- 다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
- 라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
- 마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
- 바. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 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 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 해당 배상책임 보장 특별약관의 제1조(보상하

는 손해) 제2항 제1호 및 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정무기관에서발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1-1】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제6조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만 보상합니다. 다만 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)을 따릅니다.

- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 「의무보험에서 보상하는 금액」으로 봅니다.

제7조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 보장에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지 의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 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 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해

- 를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 해당배상책임보장 특별약관의 보상하는 손해에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제10조(합의·질충·중재·소송의 협조대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가

피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

[보상책임을 지는 한도]

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 - 2. 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제11조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
 - 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 - 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다.)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다.

제13조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에

대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제14조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동意的한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동이가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 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 않고 2년이 지났을 때
 - 3. 최초 계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약 해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
 - 4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알

- 렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 무배당 NH다솜플러스종합보험 1904 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것임을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제16조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 보험목적 또는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외 등)을 붙여

승낙할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약의 청약과 받고 제1회 보험료를 받은 경우에는 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1% 를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 - 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 약관의 중요한 내용을 설명한 문서를 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 - 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자 및 피보험자가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 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.

제20조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경

우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제22조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타

인은 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 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제5관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제12조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가

증명하는 경우

2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제19조(계약의 무효) 및 해당 배상책임보장 특별약관의 「보상하지 않는 손해」의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 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.
 1. 계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용 (이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- ② 제1항의 납입최고(독촉)기간은 납입최고(독촉)의 통지가 계약자(타인을 위한 계약의 경우에는 그 특정된 타인을 포함)에게 도달한 날부터 시작되며, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 보통약관 제38조(해지환급금)에 따른 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. 강제집행이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. 국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제26조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제27조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자 또는 피보험자가 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 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제28조(준용규정)

이 배상책임 관련 특별약관 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급), 제25조(계약의 소멸) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

6-1. 가족일상생활중배상책임보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장애에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
 1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
- ② 제1항에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 배상책임 관련 일반조항(이하 「일반조항」이라 합니다) 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 일반조항 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정 에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 일반조항 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」 이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」 라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

【민법 제777조친족의 범위】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

④ 위 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(보험금 등의 지급한도)

회사는 제1조(보상하는 손해) 제2항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 1사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 이 특별약관의 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상합니다.

2. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특별약관의 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 계약자, 피보험자 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. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
 5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
 6. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 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

- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
 3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
 4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 5. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
 6. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
 7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
 8. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
 9. 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험1904 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)는 제외합니다.

6-2. 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
 1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
- ② 제1항에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 배상책임 관련 일반조항(이하 「일반조항」이라 합니다) 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 일반조항 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정 에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 일반조항 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」 이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」 라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

【민법 제777조친족의 범위】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

④ 위 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(보험금 등의 지급한도)

회사는 제1조(보상하는 손해) 제2항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 1사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 이 특별약관의 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상합니다.

2. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특별약관의 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 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. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
6. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 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

- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임
을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리
하는 부동산으로 인한 배상책임
 3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해
로 인한 배상책임
 4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 5. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
 6. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
 7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기
총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
 8. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임.
그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보
상합니다.
 9. 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(특별약관의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특별약관은 제도성 특별약관 「7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관」에
따라 갱신되는 것으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험
기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부
터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를
말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신
계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 이 보험의 사업방법서에서 정한 갱신
종료 보험나이 계약 해당일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가
더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며,

이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라
회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 NH다솜플러스종합보험¹⁹⁰⁴ 보통
약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기
환급금의 지급)와 제40조(중도인출)는 제외합니다.

Ⅶ. 제도성 특별약관

7-1. 특정 신체부위질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 보험계약자는 「계약자」, 보험회사는 「회사」라 합니다)
- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험통계적으로 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사의 계약사정기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우

2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 진단확정된 질병으로 인하여 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태를 보장하는 보험계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
 1. 【별표35-1】 『특정 신체부위 분류표』중에서 회사가 지정한 부위(이하 「특정신체부위」라 합니다)에 진단확정된 질병 또는 특정부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 진단확정된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. 【별표35-2】 『특정질병 분류표』중에서 회사가 지정한 질병(이하 「특정질병」이라 합니다)
- ② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「보험계약의 보험기간 전체」로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 「보험계약의 보험기간 전체」로 적용한 경우 최초 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병(특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병 포함) 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되

는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자가 제2항에 따라 회사에서 정한 “보험금을 지급하지 않는 기간”의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 “보험금을 지급하지 않는 기간” 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑦ 제1항의 특정신체부위와 특정질병을 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7-2. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

- ① 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 보험회사(이하 「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때 (다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정 계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다) 「보험계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

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

제3조(계약 후 알릴의무)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7-3. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 보험회사는 「회사」, 보험계약자는 「계약자」라 합니다)
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보험계약 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ④ 제1항에서 「이륜자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력(전기로 동력을 발생하는 구조인 것을 말함)의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 자동차 및 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말합니다.
 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지

않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

- ② 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7-4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)에 적용합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

- 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
- 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수

있습니다.

- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

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

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증)
- 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- 5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7-5. 자동갱신 적용대상 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 자동갱신 적용대상 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 무배당 NH다스플러스종합보험1904의 특별약관 중 갱신형 일반상해사망보장 특별약관, 갱신형 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관, 갱신형 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 갱신형 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 갱신형 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 갱신형 일반상해수술비보장 특별약관, 갱신형 일반상해수술입원비(2일이상20일한도)보장 특별약관, 갱신형 중대한특정상해수

술비보장 특별약관, 갱신형 골절수술비보장 특별약관, 갱신형 골절진단비(치아파절제외)보장 특별약관, 갱신형 5대골절진단비보장 특별약관, 갱신형 화상진단비보장 특별약관, 갱신형 화상수술비보장 특별약관, 갱신형 중대화상 및 부식진단비보장 특별약관, 갱신형 상해흉터복원수술비보장 특별약관, 갱신형 질병사망보장 특별약관, 갱신형 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관, 갱신형 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관, 갱신형 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관, 갱신형 질병입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 갱신형 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 갱신형 7대질병입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관, 갱신형 질병수술입원비(2일이상 20일한도)보장 특별약관, 갱신형 질병수술비보장 특별약관, 갱신형 71대질병수술비보장 특별약관, 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관, 갱신형 유사암진단비보장 특별약관, 갱신형 암진단비(소액암제외)보장 특별약관, 갱신형 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 특별약관, 갱신형 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)보장 특별약관, 갱신형 암수술비보장 특별약관, 갱신형 항암방사선·약물치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관, 갱신형 3대특정암진단비보장 특별약관, 갱신형 5대부위특정암진단비보장 특별약관, 갱신형 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 양성뇌종양진단비보장 특별약관, 갱신형 뇌출혈진단비보장 특별약관, 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관, 갱신형 뇌혈관질환진단비보장 특별약관, 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관, 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관, 갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특별약관, 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관, 갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관, 갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관, 갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관, 갱신형 만성당뇨 합병증진단비보장 특별약관, 갱신형 부인과질병수술비보장 특별약관, 갱신형 조혈모세포이식수술비보장 특별약관, 갱신형 충수염수술비보장 특별약관, 갱신형 탈장수술비보장 특별약관, 갱신형 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관, 갱신형 추간판장애수술비보장 특별약관, 갱신형 갑스치료비보장 특별약관, 갱신형 5

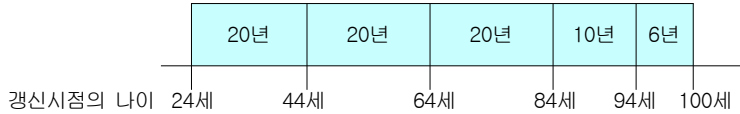
대장기이식수술비보장 특별약관, 갱신형 인공관절수술비보장 특별약관, 갱신형 고관절인공관절수술비보장 특별약관, 갱신형 각막이식수술비보장 특별약관, 갱신형 유방절제수술비보장 특별약관, 갱신형 장기요양진단비(1급)보장 특별약관, 갱신형 장기요양진단비(1~2급)보장 특별약관, 갱신형 장기요양진단비(1~4급)보장 특별약관, 갱신형 교통사고처리지원금(Ⅱ)보장 특별약관, 갱신형 자동차사고부상치료비(운전자)보장 특별약관, 갱신형 자동차사고부상치료비(비운전자)보장 특별약관, 갱신형 자동차사고성형수술비보장 특별약관, 갱신형 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관, 갱신형 자동차사고벌금비용보장 특별약관, 갱신형 의료사고법률비용보장 특별약관, 갱신형 출인원비용보장 특별약관, 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관(이하 「자동갱신 적용대상 계약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)

- ① 자동갱신 적용대상 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 자동갱신 적용대상 계약(이하 「갱신 전 보장계약」이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 자동갱신 적용대상 계약 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신 전 보장계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 특별약관의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【갱신형 보장의 보험기간】

24세 피보험자가 20년 갱신, 갱신종료나이를 100세로 하여 갱신형 보장을 가입하는 경우



제3조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료가 개정된 경우에는 갱신보장계약에 대해서 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 제2조(자동갱신적용대상 계약 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ③ 제2항의 통지를 받은 날부터 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ④ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
- ⑤ 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특별약관을 해제합니다.
- ⑥ 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.
- ⑦ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(자동갱신 적용대상 계약의 보장개시)

제3조(자동갱신 적용)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7-6. 특별조건부(할증보험료법) 특별약관

제1조(보험계약의 성립)

- ① 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 피보험자의 진단결과 보험회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정될 때에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관은 「해당계약」 이라 합니다.)
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없을 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

【표준체보험】

피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 부합하여 위험률을 할인, 할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 보험

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

- ① 이 특별약관에 의하여 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.
 1. 회사는 계약체결시 “표준체보험료”에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에서 정한 보험금을 지급합니다.
 2. 제1호의 “표준체보험료”라 함은 할증위험률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.
 3. 제1호의 “특별약관보험료”라 함은 할증위험률을 적용해 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.

【할증위험률】

피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반 위험률보다 높게 적용되는 위험률

- ② 회사는 제1항에 따른 계약체결시 해당계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(특별약관내용의 변경)

이 특별약관이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납보험으로의 변경

【감액완납보험】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

제6조(준용규정)

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

별 표

【별표1】

장애분류표

1 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 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 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애 지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) 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 신체부위로 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장애의 판정

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절 기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자의 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자)운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’ 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘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.
- 11) 외상이나 화상 등에 의하여 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직 요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- “컷바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 컷바퀴의 연결부가 1/2이상 결손된 경우를 말한다.
- 컷바퀴의 연결부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
 - 뇌영상검사(CT, MRI)
 - 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를

기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) ‘말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우

- 8) ‘말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

- 9) ‘말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) ‘치아의 결손’이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.

- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 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(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 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.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

- 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
- 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
- 라) 코의 1/2이상 결손

2) 머리

- 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
- 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

- 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
- 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
- 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
- 라) 코의 1/4이상 결손

2) 머리

- 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
- 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

- 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40㎢, 1/4 크기는 20㎢), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24㎢, 1/4 크기는 12㎢), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12㎢, 1/4 크기는 6㎢)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

- 다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장해 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동범위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) ‘추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해’란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경 증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
- 13) ‘추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해’란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소

견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

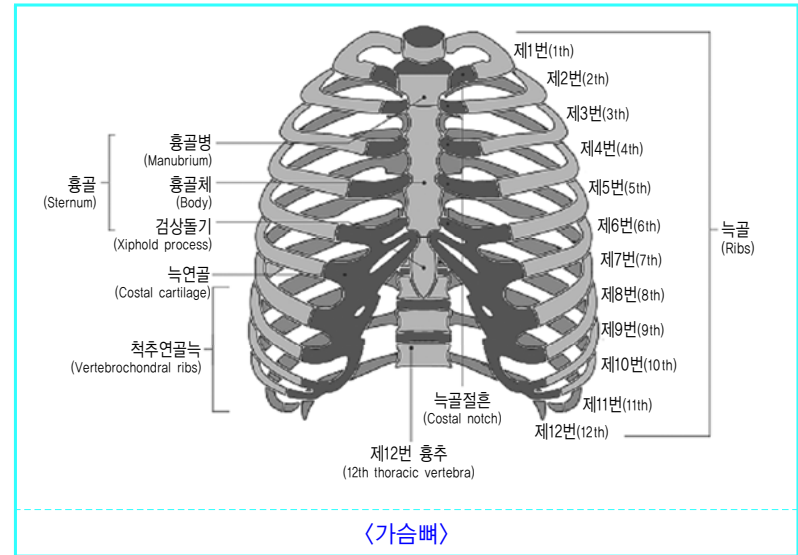
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

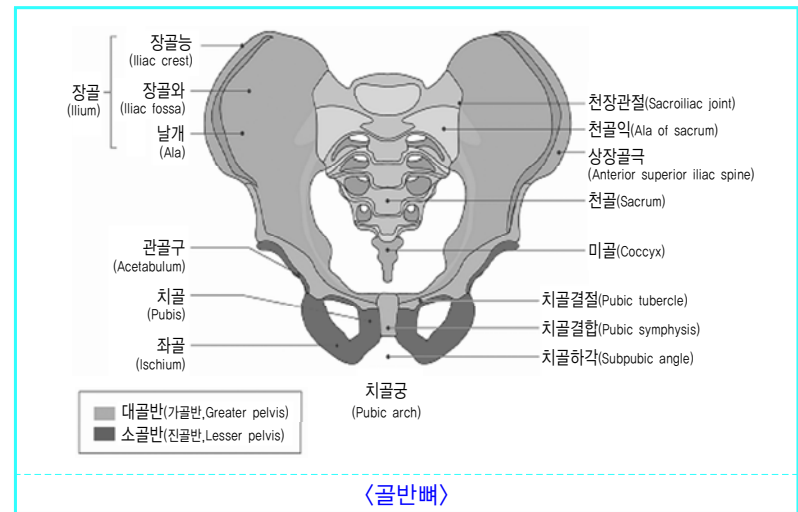
장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 한다.
- “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통하여 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- ‘빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때’라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



<가슴뼈>



<골반뼈>

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대

한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

- 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능 장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연 유합은 제외한다.

- 12) ‘가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) ‘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) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)로부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리과 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

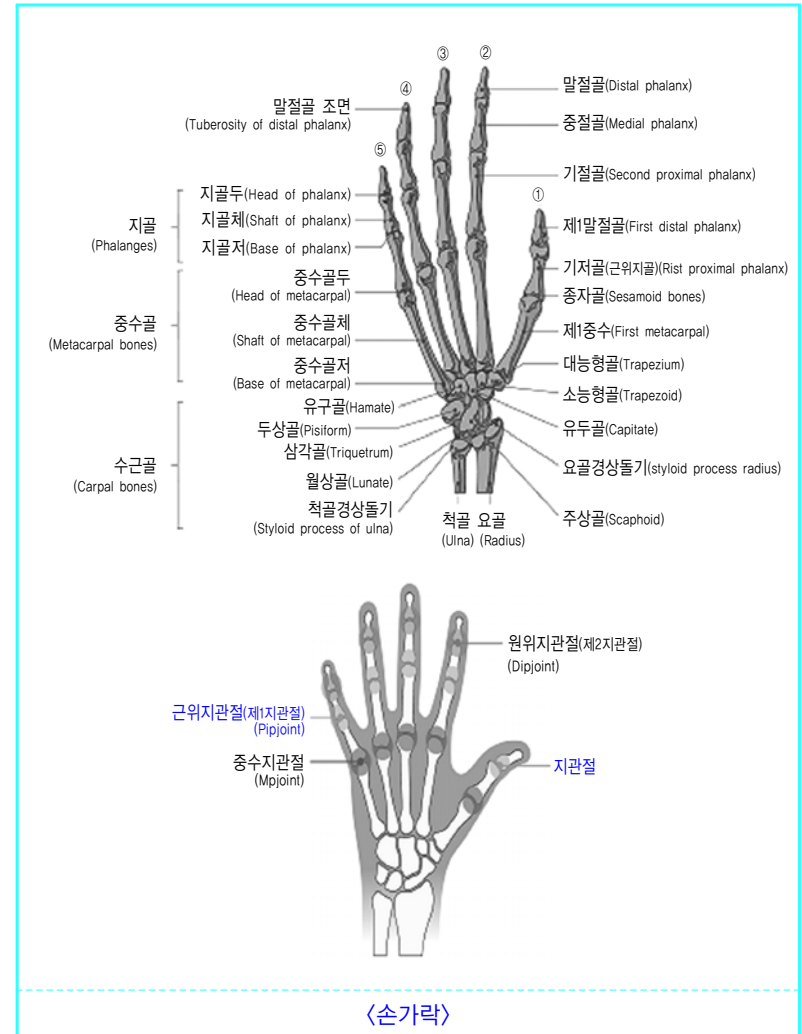
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단,

- 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치료 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
 - 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
 - 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
 - 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
 - 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
 - 7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동 영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
 - 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
 - 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

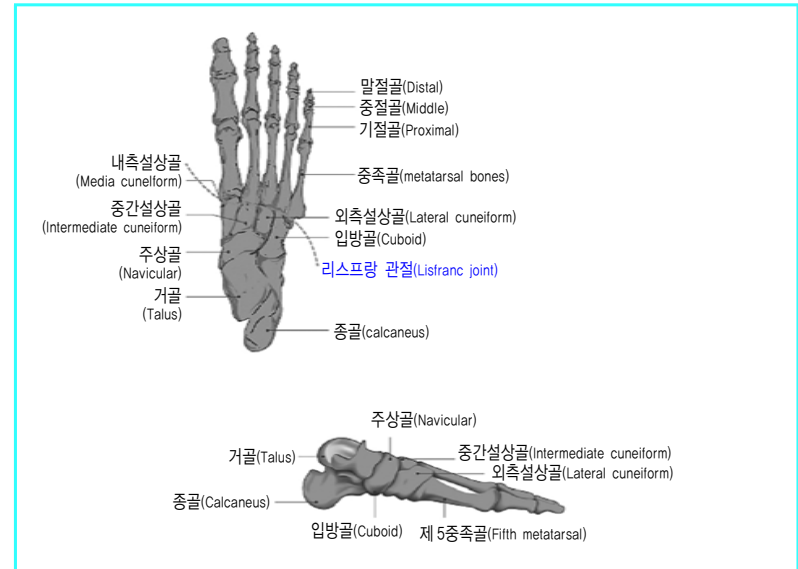
장애의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

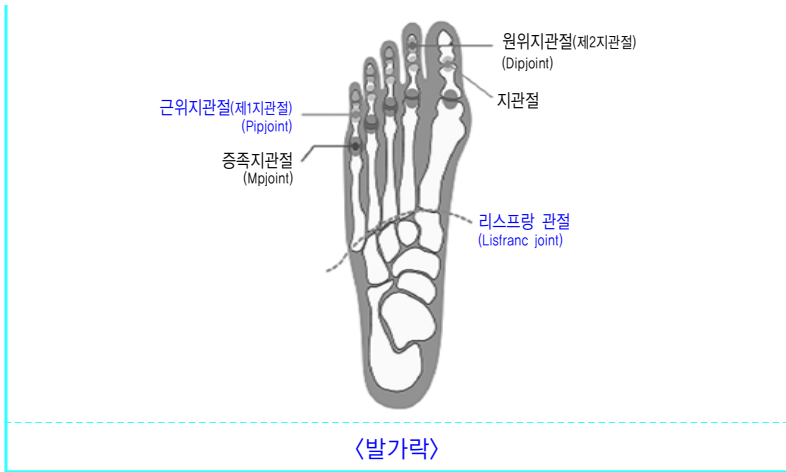
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치료 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우는) 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상대나 발가락 길이

의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 6) '발가락에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

- 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
- 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도로, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애

를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.

- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 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 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 신경계
 - 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”

의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

- 나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과외 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) ‘정신행동에 극심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과외의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) ‘정신행동에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과외의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) ‘정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이

상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 ‘능력장해측정기준’^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장해측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) ‘정신행동에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 ‘능력장해측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) ‘정신행동에 경미한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 ‘능력장해측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명 촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) “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.

라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 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%) - 숟가락 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	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기

유형	제한정도에 따른 지급률
	저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
웃입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표1-1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내의 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일 까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
 3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 4. 가산이율 적용시 보통약관 제8조 「보험금의 지급절차」 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

[별표2]

의료기관의 시설규격

다음의 시설규격은 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에서 정하는 별표4에 따르며, 법령의 변경으로 인하여 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

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 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
- 다. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.
- 라. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다.
- 마. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(陰壓施設) 등을 갖춘 1인 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제2호카목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.
- 바. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.
- 사. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
- 아. 감염병환자등의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 감염예방을 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 15제곱미터 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 병상수로 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.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

【별표3】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분류항목		분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

【별표4】

골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	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 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

【별표5】

골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5 제외)
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	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 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

【별표6】

5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	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

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

【별표7】

화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

【별표8】

71대질병 분류표

【별표8-1】

약관에서 규정하는 22대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

22대특정질병 분류표

구분	분류항목	분류코드
당뇨병	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
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
	[칸디다심내막염(I39.8*)] [수막구균성 심장병 등(I32.0*, I39.8*, I41.0*, I52.0*)]	B37.6+ A39.5+

구 분	분류항목	분류코드
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환 [거대세포바이러스간염(K77.0*)] [독소포자충간염(K77.0*)]	B15~B19 K70~K77 B25.1+ B58.1+
	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
위·십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
갑상선질환	갑상선의 장애 [갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)]	E00~E07 H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하부호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리분류되지않은세균성폐렴	J15

구 분	분류항목	분류코드	
폐렴	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16	
	달리 분류된 질환에서의 폐렴 [거대세포바이러스폐렴(J17.1*)] [폐렴이 합병된 흉역(J17.1*)] [수두폐렴(J17.1*)] [폐톡소포자충증(J17.3*)]	J17 B25.0+ B05.2+ B01.2+ B58.3+	
	상세불명 병원체의 폐렴	J18	
	재향군인병	A48.1	
	폐렴이 합병된 흉역	B05.2	
	녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42	
결핵	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15	
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16	
	신경계통의 결핵	A17	
	기타 기관의 결핵	A18	
	좁쌀 결핵 [결핵관절염(A18.01+)] [척추의 결핵(A18.00+)] [뼈의 결핵(A18.02+)] [결핵성 방광염(A18.11+)] [자궁경부의 결핵감염(A18.15+)] [여성 결핵성 골반염증질환(A18.16+)]	A19 M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1*	
	[결핵성 복막염(A18.30+)] [장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성장애 (A18.3~*)]	K67.3* K93.0*	
	결핵의 후유증	B90	
	신부전	신부전	N17~N19
	패혈증	연쇄구균패혈증 기타 패혈증	A40 A41
	중추신경계통의	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염		G01	

구 분	분류항목	분류코드
염증성 질환	[수막구균수막염(G01*)] 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	A39.0+ G02
	[아데노바이러스수막염(G02.0*)]	A87.1+
	[엔테로바이러스수막염(G02.0*)]	A87.0+
	[헤르페스바이러스수막염(G02.0*)]	B00.3+
	[수막염이 합병된 홍역(G02.0*)]	B05.1+
	[볼거리수막염(G02.0*)]	B26.1+
	[수두수막염(G02.0*)]	B01.0+
	[대상포진수막염(G02.0*)]	B02.1+
	[칸디다수막염(G02.1*)]	B37.5+
	[콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)]	B38.4+
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	[아데노바이러스뇌염(G05.1*)]	A85.1+
	[엔테로바이러스뇌염(G05.1*)]	A85.0+
	[헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)]	B00.4+
	[뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)]	B05.0+
	[볼거리뇌염(G05.1*)]	B26.2+
	[수두뇌염(G05.1*)]	B01.1+
	[대상포진뇌염(G05.1*)]	B02.0+
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	[아메바성 뇌농양(G07*)]	A06.6+
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
	[신경학적 합병증을 동반한 풍진(G05.1*, G02.0*, G05.1*)]	B06.0+
	[리스테리아 수막염 및 수막뇌염(G01*, G05.0*)]	A32.1+

구 분	분류항목	분류코드
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
다발경화증	다발경화증	G35
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
급성 췌장염	급성 췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87
	[거대세포바이러스췌장염(K87.1*)]	B25.2+
	[볼거리췌장염(K87.1*)]	B26.3+

- 주1) 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)
- 주2) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 주3) 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

[별표8-2]

다발성13대질병 분류표

약관에서 규정하는 다발성13대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	준규양목	준규코드
관절염	감염성 관절병증 [결핵관절염 제외]	M00~M03 (M01.1* 제외)
	염증성 다발관절병증 [당뇨병성 관절병증 제외] [류마티스페질환(M05.1+)]	M05~M14 (M14.2* 제외)
	관절증	J99.0*
	기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
생식기질환	남성생식기관의 질환 [남성 불임 제외] [편모충성 전립선염(N51.0*)] [불거리고환염(N51.1*)]	N40~N45, N47~N51 A59.01+ B26.0+
	여성골반내기관의 염증성 질환 [자궁경부의 결핵감염(A18.15+) 제외] [여성 결핵성 골반염증질환(A18.16+) 제외]	N70~N77 (N74.0* 제외) (N74.1* 제외)
	여성생식관의 비염증성 장애 [습관적 유산자 제외]	N80~N95

구분	분류항목	분류코드	
생식기질환	[여성 불임 제외] [인공 수정과 관련된 합병증 제외] 달리 분류되지 않은 비요생식계통의 처치 후 장애	N99	
소화계통의 양성 신생물	기타 및 부위불명 소화계통의 양성 신생물	D13	
중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이, 호흡계통의 양성 신생물	D14	
	기타 및 부위불명 흉곽내기관의 양성 신생물	D15	
골 및 관절연골의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16	
조직의 양성 신생물	중피조직의 양성 신생물	D19	
	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20	
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21	
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32	
뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33	
갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물	D34	
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35	
유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24	
생식기 양성 종양	여성 생식기의 양성종양	자궁의 평활근종	D25
		자궁의 기타 양성 신생물	D26
		난소의 양성 신생물	D27
		기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28

구 분		분류항목	분류코드
	남성 생식기의 양성종양	남성생식기관의양성신생물	D29
	비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의양성신생물	D30

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표8-3】

35대생활질환 분류표

약관에서 규정하는 35대생활질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류항목	분류코드
담석증	담석증	K80
사타구니 탈장	사타구니탈장사타구니 탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32
급성상기도 감염	급성 상기도감염	J00~J06
담낭담도질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
후각특정질환	혈관운동성 및 앨러지성 비염후각특정질환	J30
	만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타장애	J34

구분	분류항목	분류코드
인후부위의 특정질환	편도주위 농양인후부위의 특정질환	J36
	만성 후두염 및 후두기관염	J37
	달리 분류되지 않은 성대및 후두의 질환	J38
	상기도의 기타 질환	J39
근육장애	근염	M60
	근육의 석회화 및 골화	M61
	근육의 기타 장애	M62
	달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63
발바닥근막성 섬유종증	발바닥근막성섬유종증 발바닥근막성섬유종증	M72.2
종이 및 유돌의 질환	종이 및 유돌6의 질환종이 및 유돌의 질환 [종이염이 합병된 흉역(H67.1*)] [흉역후 종이염(H67.1*)]	H65-H75 B05.3+ B05.3+
내이의 질환	내이의 질환내이의 질환	H80-H83
눈 및 눈부속기관의 특정질환	공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애눈 및 눈부속기관 의 특정질환 [홍채섬모체염(H22.0*)] [홍채염(H22.0*)] [전방포도막염(H22.0*)] [각막염(H19.1*)] [각막결막염(H19.1*)] [각막상피염(H19.1*)] [간질각막염(H19.1*)] [각막내피염(H19.1*)] [아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)] [유행성 각막결막염(H19.2*)] [조선소눈병(H19.2*)]	H15-H22 B00.50+ B00.50+ B00.50+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B30.0+ B30.0+ B30.0+

구분	분류항목	분류코드
눈 및 눈부속기관의 특정질환	맥락막 및 망막의 장애 [황반 및 후극부의 변성 제외] [고혈압성 망막병증 제외] [당뇨병성 망막병증 제외]	H30-H36 (H35.3제외) (H35.02제외) (H36.0제외)
	시신경 및 시각경로의 장애	H46-H48
사구체질환	급성 신염증후군사구체질환	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 달리 분류된 질환에서의사구체장애 [당뇨병에서의 사구체장애 제외] [사구체질환 동반(N08.5*)]	N07 N08 (N08.3제외) M32.13+
신세뇨관-간 질질환	급성 세뇨관-간질신장염신세뇨관-간질질환	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리 분류된 질환에서의신세뇨관-간질장애 [세뇨관-간질신장병증 동반(N16.4*)]	N16 M32.13+
방광의 결석	방광의 결석방광의 결석	N21.0

구분	분류항목	분류코드
신장 및 요관의 기타장애	세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨계통의 기타 질환	방광염비뇨계통의 기타 질환	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
	비뇨계통의 기타 장애 [칸디다 방광염 및 요도염(N37.0*)]	N37 B37.40+
	달리 분류된 질환에서의 요도장애 [결핵성 방광염(A18.11+)제외]	N39 (N33.0제외)
	[스트레스요실금 제외] [기타 명시된 요실금 제외]	(N39.3제외) (N39.4제외)
유방의 장애	양성 유방형성이상유방의 장애	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 비대	N62
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타 장애	N64
특정 부위의 탈장	대퇴탈장특정 부위의 탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡격막탈장	K44
	기타 복벽탈장	K45
	상세불명의 복벽탈장	K46

구분	분류항목	분류코드
비감염성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염]	K50
	퀘양성 대장염	K51
	기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
특정 장질환	장의 혈관장애특정 장질환	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
	장의 괴실병	K57
복막의 질환	복막의 질환복막의 질환 [결핵성 복막염 제외] [기타 클라미디아질환(K67.0*)]	K65-K67 (K67.3제외) A74.8+
	척추변형	척추후만증 및 척추전만증
척추측만증		M41
척추골연골증		M42
기타 변형성 등병증		M43
척추병증	강직척추염	M45
	기타 염증성 척추병증	M46
	척추증	M47
	기타 척추병증	M48
추간판장애 (디스크질환)	경추간판장애추간판장애 (디스크질환)	M50
	기타 추간판장애 [추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(M51.1+)]	M51 G55.1*
	안면 신경장애	삼차신경의 장애안면 신경장애
안면신경장애		G51
기타 뇌신경의 장애		G52
단일신경병증	팔의 단일신경병증단일신경병증	G56
	다리의 단일신경병증	G57
	기타 단일신경병증	G58

구분	분류항목	분류코드
단일신경병증	달리 분류된 질환에서의단일신경병증 [당뇨병성 단일신경병증 제외]	G59 (G59.0제외)
특정 누적외상성 질환	결합조직의 기타 전신침범특정 누적외상성질환 [달리 분류된 기타 질환에서의 각막염 및 각막결막염] 경추상완증후군 기타 연조직장애 [발바닥근막성 섬유종증] [어깨병변]	M35 H19.3* M53.1 M70~M79 (M74,M78제외) (M72.2제외) (M75제외)
윤활막 및 힘줄장애	윤활막염 및 힘줄윤활막염 윤활막 및 힘줄의 자연파열 윤활막 및 힘줄의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M65 M66 M67 M68
식도질환	식도염 위-식도역류병 식도의 기타질환 달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K20 K21 K22 K23
위,십이지장 질환	위염 및 십이지장염위,십이지장 질환 기능성 소화불량	K29 K30
어깨병변	어깨병변	M75

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표8-4】

치핵 분류표

약관에서 규정하는 치핵으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
치핵 및 항문주위정맥혈전증 포함 - 치질 제외 - 출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병(O22.4)	K64

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표9】

악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표

약관에 규정하는 「암」으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69~C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증다증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수성유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

※ 한국표준질병사인분류 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.

【별표10】

기타피부암 및 갑상선암 분류표

약관에 규정하는 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 기타피부의 악성신생물	C44
2. 갑상선의 악성신생물	C73

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표11】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 「제자리암」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	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

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표12】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 「경계성종양」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세 불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표13】

5대고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 5대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성 신생물	C70-C72
- 수막의 악성 신생물	C70
- 뇌의 악성 신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	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 악성 신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표14】

3대특정암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 3대특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 위의 악성 신생물	C16
2. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
3. 담낭의 악성 신생물	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
5. 기관의 악성 신생물	C33
6. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표15】

5대부위특정암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 5대부위특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
남자	위의 악성 신생물	C16
	결장의 악성 신생물	C18
	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	방광의 악성 신생물	C67
여자	위의 악성 신생물	C16
	결장의 악성 신생물	C18
	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
	유방의 악성 신생물	C50
	외음의 악성 신생물	C51
	질 of 악성 신생물	C52
	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표16】

여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 분류표

약관에서 규정하는 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
여성생식기관의 악성신생물	C51~C58
여성생식기관의 제자리암종	
1. 자궁경부의 제자리암종	D06
2. 자궁내막의 제자리암종	D07.0
3. 외음의 제자리암종	D07.1
4. 질의 제자리암종	D07.2
5. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	D07.3

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표17】

자궁적출수술 분류표

약관에서 규정하는 자궁적출수술비의 자궁적출수술이란 국제의료행위 분류표 (ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 아전적 복식 자궁절제술(Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
2. 전체적 복식 자궁절제술(Total abdominal hysterectomy)	68.4
3. 질식 자궁절제술(Vaginal hysterectomy)	68.5
4. 근치적 복식 자궁절제술(Radical abdominal hysterectomy)	68.6
5. 근치적 질식 자궁절제술(Radical vaginal hysterectomy)	68.7
6. 골반 장기 적출술(Pelvic evisceration)	68.8
7. 기타 및 상세불명 자궁절제술(Other and unspecified hysterectomy)	68.9

【별표18】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표19】

뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표20】

뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표21】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표22】

허혈성심질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성 심장질환	I24
6. 만성 허혈성 심장병	I25

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표23】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis) 분류표

1. 말기 간질환(경화)이라 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. 말기 간경화의 진단 확정은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

【별표24】

말기폐질환(End Stage Lung Disease) 분류표

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
2. 약관에 규정하는 말기폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
- 흉역에서의 폐렴	B05.2+
- 수두에서의 폐렴	B01.2+
- 거대세포바이러스폐렴	B25.0+
- 폐 특소포자충증	B58.3+
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흡막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
- 류마티스 폐질환	M05.1+

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

3. 상기 1 ~ 2에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
 - (예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 2에서 정한 대상 질병 이외의 원인으로 인한 경우
 - ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

【별표25】

만성당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 “만성당뇨합병증”으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1형 당뇨병	신장 합병증을 동반 E10.2 눈 합병증을 동반 E10.3 신경학적 합병증을 동반 E10.4 순환계합병증을 동반 E10.5
2형 당뇨병	신장 합병증을 동반 E11.2 눈 합병증을 동반 E11.3 신경학적 합병증을 동반 E11.4 순환계합병증을 동반 E11.5
영양실조- 관련 당뇨병	신장 합병증을 동반 E12.2 눈 합병증을 동반 E12.3 신경학적 합병증을 동반 E12.4 순환계합병증을 동반 E12.5
기타 명시된 당뇨병	신장 합병증을 동반 E13.2 눈 합병증을 동반 E13.3 신경학적 합병증을 동반 E13.4 순환계합병증을 동반 E13.5
상세불명의 당뇨병	신장 합병증을 동반 E14.2 눈 합병증을 동반 E14.3 신경학적 합병증을 동반 E14.4 순환계합병증을 동반 E14.5
기타 당뇨병성 합병증	당뇨병성 단일신경병증 G59.0 당뇨병성 다발신경병증 G63.2 당뇨병성 백내장 H28.0 당뇨병성 망막병증 H36.0 당뇨병에서의 사구체 장애 N08.3

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표26】

부인과질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 제자리 신생물	D00-D09
2. 양성 신생물	D10-D36
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37-D44, D47.0, D47.2, D47.7, D47.9, D48
4. 유방의 장애	N60-N64
5. 여성골반내기관의 염증성 질환	N70-N77
6. 여성생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80-N95
7. 자궁경부의 결핵	A18.15
8. 결핵성 여성골반염증질환, 결핵성 자궁내막염, 결핵성 난소염 및 난관염	A18.16

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표27】

총수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 총수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
총수의 질환	K35~K38

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표28】

탈장 분류표

약관에 규정하는 탈장질환은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 사타구니탈장	K40
2. 대퇴탈장	K41
3. 배꼽탈장	K42
4. 복벽탈장	K43
5. 횡격막탈장	K44
6. 기타 복벽탈장	K45
7. 상세불명의 복벽탈장	K46

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표29】

남성특정비뇨기계질환 분류표

약관에 규정하는 남성특정비뇨기계질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목		분류번호
사구체 질환	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립성 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 달리 분류된 질환에서의 사구체장애	N07 N08
세뇨관-간질 질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N15 N16
신부전	급성 신부전	N17
	만성 신장병	N18
	상세불명의 신부전	N19
신장 및 요관의 기타장애	세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인미상의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29

분류 항목		분류번호
비뇨계통의 기타 질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
	달리 분류된 질환에서의 요도장애 비뇨기계통의 기타 장애	N37 N39
남성생식기관의 질환	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애	N49
	남성생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N51
	- 편모충 전립선염	A59.01+
	- 전립선의 결핵	A18.13+
- 기타 남성 생식기관의 결핵	A18.14+	
- 불거리고환염	B26.0+	

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표30】

추간판장애 분류표

약관에 규정하는 추간판탈출증은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표31】

유방절제수술 및 처치코드

약관에 규정하는 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 있어서 ‘유방 절제수술 및 처치 코드’에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

대상이 되는 수술	수술 및 처치코드
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

[별표32]

자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

1. 상해의 구분

상해급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다)
	2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
	3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해
	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스텐트그라프트 삽입술을 시행한 상해
	5. 척추 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해
	6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절
	7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절
	8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
	9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다)
	10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해
	12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다)

상해급별	상해내용
1급	14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해
	15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해
	3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해
	4. 신장 파열로 수술한 상해
	5. 척추 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해
	6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해
	7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
	8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
	10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절
	12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해
	15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해내용
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다)
	6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해
	7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다)
	8. 척추 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해
	9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다)
	11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다)
	14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열
	16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해

상해급별	상해내용
3급	18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	2. 각막 이식술을 시행한 상해
	3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다)
	5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다)
	6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)
	8. 상완골 경부 골절
	9. 상완골 간부 분쇄성 골절
	10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)
	11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다)
	12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다)
	13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)

상해급별	상해내용
4급	15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해
	16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해
	18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)
	19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해
	20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 거골 또는 종골 골절
	24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해
	26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해
	27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해
	3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해

상해급별	상해내용
5급	4. 안정성 추체 골절
	5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해
	6. 상완골 간부 골절
	7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해
	8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해
	9. 요골 경상돌기 골절
	10. 요골 원위부 관절내 골절
	11. 수근 주상골 골절
	12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
	15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절
	18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열
	20. 슬개골 골절
	21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다)
	22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다)
	24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다)
	25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해

상해급별	상해내용
5급	26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해
	29. 사지 근(근육) 또는 건(힘줄) 파열로 6개 이상의 근(근육) 또는 건(힘줄) 봉합술을 시행한 상해
	30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해
	31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
	32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해
	33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 심장 타박
	5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다)
	6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해
	7. 혈흉 또는 기흉(공기가슴증)이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관 수술을 시행한 상해
	8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해
	9. 외상성 상부관절와손 파열로 수술을 시행한 상해

상해급별	상해내용
6급	10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	12. 상완골 대결절 견열 골절
	13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다)
	14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해
	17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절
	18. 요골 경부 골절
	19. 척골 주두부 골절
	20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다)
	21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구
	22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해
	25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해
	26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개
	28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해
	29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	30. 사지 근(근육) 또는 건(힘줄) 파열로 3 ~ 5개의 근(근육) 또는 건(힘줄) 봉합술을 시행한 상해

상해급별	상해내용
6급	31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절
	2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해
	3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해
	4. 골다공증성 척추 압박골절
	5. 쇄골(빗장뼈) 골절
	6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다)
	7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열
	8. 상완신경총 불안전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	10. 척골 경상돌기 기저부 골절
	11. 삼각섬유연골 복합체 손상
	12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	14. 주상골 외 수근골 골절
	15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열
	16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구
	17. 다발성 중수골 골절
	18. 중수수지관절의 골절 및 탈구

상해급별	상해내용
7급	19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해
	21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절
	23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절
	25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
8급	26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절
	3. 외상성 시신경병증
	4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해
	5. 복합 고막 파열
	6. 혈흉 또는 기흉(공기가슴증)이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 3개 이상의 다발성 늑골(갈비뼈) 골절
	8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절
	9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해	
11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해	

상해급별	상해내용	
8급	12. 중수골 골절	
	13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구	
	14. 다발성 수지골 골절	
	15. 무지 중수지관절 축부인대 파열	
	16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해	
	17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해	
	18. 3개 이상의 종족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해	
	19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해	
	20. 사지의 근(근육) 또는 건(힘줄) 파열로 하나 또는 두 개의 근(근육) 또는 건(힘줄) 봉합술을 시행한 상해	
	21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해	
	22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해	
	23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해	
	24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해	
	25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해	
	26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해	
	9급	1. 안면부의 비골(코뼈) 골절로 수술을 시행한 상해
		2. 2개 이하의 단순 늑골(갈비뼈)골절
		3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해
		4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해
		5. 흉골(복장뼈) 골절
		6. 추간판 탈출증
		7. 흉쇄관절 탈구

상해급별	상해내용	
9급	8. 주관절 내측 또는 외측 축부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해	
	9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)	
	10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해	
	11. 수지관절 탈구	
	12. 슬관절 축부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해	
	13. 2개 이하의 종족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해	
	14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해	
	15. 그 밖에 견열골절 등 재불완전골절	
	16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해	
	17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해	
	18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해	
	19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해	
	20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해	
	10급	1. 3cm 이상 안면부 열상
		2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해
		3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해
		4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
		5. 외상성 상부관절와손 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해
		6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		7. 하지 3대 관절의 혈관절증
8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해		

상해급별	상해내용
10급	9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕
	2. 안면부의 비골(코뼈) 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애
	2. 3cm 미만 안면부 열상
	3. 척추 염좌(뺨)
	4. 사지 관절의 근(근육) 또는 건(힘줄)의 단순 염좌(뺨)
	5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계 없이 적용한다)
	6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해
	2. 단순 고막 파열
	3. 흉부 타박상으로 늑골(갈비뼈) 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해
	4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상해내용
14급	2. 수족지 관절 염좌(뺨)
	3. 사지의 단순 타박
	4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

2. 영역별 세부지침

영역	내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다.
	나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다.
	다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.
	라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.
두부	마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수혈액농종, 거미막 농종, 두개

영역	내용
두부	골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.
	나. 4급 이하에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다.
	다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9 ~ 12점, 경도는 13 ~ 15점을 말한다.
	라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.
	마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.
	바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicomma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.
	사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.
	아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.
	자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrhythmia 또는 ST 변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추	가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.
	나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.
	다. 척추 손상으로 인하여 신경근증이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.
	라. 마이증후군은 척추손상으로 본다.

영역	내용	
상·하지	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
		나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
		다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.
		라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.
		마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.
		바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.
		사. 이절단은 완전 절단에 준한다.
		아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.
		자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
		차. 사지 근(근육) 또는 건(힘줄)의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근(근육) 또는 건(힘줄)의 단순 염좌(뺨)(12급)로 본다.
		카. 사지 관절의 인공관절 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.

영역		내용
상· 하지	공통	다. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.
		파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.
		하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다
		거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.
		너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
	상지	가. 상부관절손 파열은 외상성 파열만 인정한다.
		나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.
		다. "근(근육), 건(힘줄), 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
		라. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관절혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
		마. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.
		바. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.
		사. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.
		아. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌(뺨)의 경우 12급을 적용한다.

영역		내용
상· 하지	상지	자. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
		하지
		나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.
		다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.
		라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.
		마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.
		바. 골절 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.
		사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.
		아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.
		자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.
		차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 인대 복원수술을 시행하거나 완전 파열에 준하는 파열에 적용한다.
		카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표33】

교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따른 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
 2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
 3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
 4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소) 내지 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
 5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
 6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
 7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사 면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차 등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
 8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
 9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
 10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제3항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
 11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체에 상해(傷害)에 이르게 한 경우
 12. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우
- ※ 상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

[별표34]

7대질병 분류표

약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목		분류번호
당뇨병	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
당뇨병에서의 사구체장애	N08.3	
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
	칸디다심내막염	B37.6
	수막구균성 심장막염	A39.5
	수막구균성 심내막염	A39.5
	수막구균성 심근염	A39.5
	수막구균성 심장염 NOS	A39.5

분류 항목		분류번호
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증 고혈압성 망막병증	I67.4 H35.02
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환 거대세포바이러스간염 특소포자충간염	B15~B19 K70~K77 B25.1 B58.1
	위·십이지장궤양	K25 K26 K27
	만성하부호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속상태

당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

【별표35】

특정 신체부위·질병 분류표

【별표35-1】

특정 신체부위 분류표

구분	특정 신체부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장 및 직장 제외)*
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강(입속), 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양 돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와 내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)

구분	특정 신체부위
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골(빗장뼈)
50	늑골(갈비뼈)

[별표35-2]

약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

특정질병 분류표

구분	특정질병	분류코드	항목명
1	당석증	K80	당석증(쓸개돌증)
2	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
3	연골증, 관절증, 관절염	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사양성 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건선성 및 장병성 관절병증
		M08	연소성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결정 관절병증
		M12	기타 특정 관절병증
		M13	기타 관절염

구분	특정질병	분류코드	항목명
3	연골증, 관절증, 관절염	M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타 장애
4	척추질환	M40	척추후만증 및 척추전만증
		M41	척추측만증
		M42	척추골연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
		M54	등통증
		5	심장질환
I01	심장 침범이 있는 류마티스열		
I02	류마티스무도병		
I05	류마티스성 승모판(원방실판막)질환		
I06	류마티스성 대동맥판질환		

구분	특정질병	분류코드	항목명
5	심장질환	I07	류마티스성 삼첨판질환
		I08	다발판막질환
		I09	기타 류마티스심장질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐색전증
		I27	기타 폐성 심장질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	심장막의 기타 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스성 승모판(원방실판막)장애
		I35	비류마티스성 대동맥판장애
		I36	비류마티스성 삼첨판장애
		I37	폐동맥판장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애		
I40	급성 심근염		
I41	달리 분류된 질환에서의 심근염		

구분	특정질병	분류코드	항목명		
5	심장질환	I42	심근병증		
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증		
		I44	방실차단 및 좌각차단		
		I45	기타 전도장애		
		I46	심장정지		
		I47	발작성 빈맥		
		I48	심방세동 및 조동		
		I49	기타 심장부정맥		
		I50	심부전		
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증		
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애		
		P29	출생전후기에 기원한 심혈관장애		
		R00	심장박동의 이상		
		R01	심잡음 및 기타 심음		
		6	뇌혈관질환	I60	지주막하출혈
				I61	뇌내출혈
				I62	기타 비외상성 두개내출혈
				I63	뇌경색증
				I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착				
I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착				
I67	기타 뇌혈관 질환				
I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애				
I69	뇌혈관질환의 후유증				
G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군				

구분	특정질병	분류코드	항목명
6	뇌혈관질환	G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
		Q28	순환계통의 기타 선천기형
7	고혈압	I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 신장병
		I13	고혈압성 심장 및 신장병
		I15	이차성 고혈압
		O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O13	임신[임신-유발]고혈압
		O14	전자간
8	당뇨	E10	1형 당뇨병
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
		E14	상세불명의 당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
		R73	혈당치상승
9	고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
10	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
		B90	결핵의 후유증

구분	특정질병	분류코드	항목명
11	골반염	N70	난관염 및 난소염
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
12	자궁내막증	N80	자궁내막증
13	난소의양성 신생물	D27	난소의 양성 신생물
14	바르톨린샘 의질환	N75	바르톨린선의 질환
15	여성생식관 의폴립	N84	여성생식관의 폴립
16	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
17	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘의 대사장애
		M10	통풍
18	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
19	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
20	백내장	H25	노년백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애

구분	특정질병	분류코드	항목명
21	탈장 (음낭수종 (물음낭증) 포함)	K40	사타구니탈장
		K41	대퇴탈장
		K42	배꼽탈장
		K43	복벽탈장
		K44	횡격막탈장
		K45	기타 복벽탈장
		K46	상세불명의 복벽탈장
		N43	음낭수종(물음낭증) 및 정맥류
22	천식	J45	천식
		J46	천식지속상태
23	복막의질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
24	암	C00~C14	입술, 구강(입속) 및 인두의 악성 신생물
		C15~C26	소화기관의 악성 신생물
		C30~C39	호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물
		C40~C41	골 및 관절연골의 악성 신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45~C49	종피 및 연조직의 악성 신생물
		C50	유방의 악성 신생물
		C51~C58	여성생식기관의 악성 신생물
		C60~C63	남성생식기관의 악성 신생물
		C64~C68	요로의 악성 신생물
		C69~C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물

구분	특정질병	분류코드	항목명
24	암	C74	부신의 악성 신생물
		C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물
		C76~C80	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물
		C81~C96	림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물
		C97	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물
		D45	진성 적혈구증가증
		D46	골수형성이상증후군
		D47.1	만성 골수증식질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
		D47.4	골수섬유증
D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]		
25	하지정맥류	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

● MEMO

A large, empty rectangular box with rounded corners and a light blue border, intended for writing a memo. The box is currently blank and occupies most of the page below the 'MEMO' header.