



무배당 하얀미소플러스치아보험 II ¹⁹⁰⁴(세만기형)

* 기존에 가입한 보험계약 중 계약이 종료된 후 보험자로부터 지급한 경우 보험인수 거절 및 보험료 인상, 보험금 지급이 어려울 수 있습니다.
* 이 보험계약은, 해당보험회장에 따라 계약이 종료되거나 보험금이 지급되는 후 보험자로부터 지급하는 경우의 모든 예외/배당상 관할사항의 의무연장기간은 만기시 보험금이나 시가보험금에
기타이산금원 할하여 1년 이상 '최고 수반보험'의 경우, 수반보험은 최고하는 나머지 금액은 보험자에서 지급해주고, 보험계약이 및 배당금부서기 법인보험 회보하지 않거나, 지급해주고

약관



한화손해보험

Hanwaha

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

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

2. 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안 별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로써 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

- 전화번호 : 1566-8000
- 홈페이지 : www.hwgeneralins.com
- 서면접수 : CS추진파트 및 지점 방문
 - ※ 단, 신규거래 고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 신용정보 관리보호인 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보 관리보호인	손해보험협회	금융감독원
<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 316 - 0475○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56 한화금융센터 한화손해보험 준법감시인	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 3702 - 8603○ (주소) 서울시 종로구 종로5길 68 코리안리빌딩	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 3145 - 5427○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원 정보화전략실 정보보안팀

3. 신용정보 제공사실 통보요구 및 오류정보 정정청구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」 등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 한화손해보험 홈페이지(www.hwgeneralins.com) 또는 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 CS추진파트 및 지점으로 신청하여 주시기 바랍니다.

- **신용정보 제공사실 통보 요구권** (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조)
 - 고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리

- **신용정보 열람 및 정정 청구권** (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조)
 - 고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정청구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금융위원회에 시정 요청 가능

고객은 본인 신용정보를 신용평가회사(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 한국신용정보 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

4. 금융거래 거절근거 신용정보 고지의무

당사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보, 신용등급 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우, 고객은 그 근거가 된 신용정보와 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해줄 것을 요구할 수 있습니다.

5. 개인정보 유출 시 피해보상에 관한 규정

한화손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다

상담 및 분쟁/범죄 신고센터 안내

1. 상담안내 및 보험분쟁조정

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 먼저 한화손해보험 고객센터서비스센터로 연락하시고, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

한화손해보험 고객센터서비스센터	금융감독원
<ul style="list-style-type: none"> ○ (연락처) 1566 - 8000 ○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56(여의도동) 한화손해보험 고객센터서비스센터 	<ul style="list-style-type: none"> ○ (연락처) 1332 ○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원

2. 보험모집질서 위반행위 신고센터

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

한화손해보험	금융감독원
<ul style="list-style-type: none"> ○ (홈페이지) www.hwgeneralins.com ○ (연락처) 02 - 316 - 0592 ○ (FAX) 02 - 316 - 0593 	<ul style="list-style-type: none"> ○ (홈페이지) www.fss.or.kr ○ (연락처) 1332

3. 금융감독원 보험사기방지센터

금융감독원
<ul style="list-style-type: none"> ○ (홈페이지) insucop.fss.or.kr ○ (연락처) 1332, 02 - 3145 - 5114

목 차

가입자 유의사항	7
주요내용 요약서	11
보험금 청구 구비서류 안내	15
보험금 청구절차 및 알아두실 내용	19
보험 가입부터 보험금 지급까지	21
주요 민원사례 안내	23
주요 보험용어 해설	25

무배당 하안미소플러스치아보험Ⅱ₁₉₀₄(세만기형) 보통약관

[제1절. 공통조항]

제1관. 목적 및 용어의 정의	29
제1조(목적)	29
제2조(용어의 정의)	29
제2관. 보험금의 지급	31
제3조(보험금의 지급사유)	31
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	31
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	31
제6조(보험금 지급사유의 통지)	31
제7조(보험금의 청구)	31
제8조(보험금의 지급절차)	31
제9조(보장성보험 공시이율V의 적용 및 공시)	32
제10조(중도인출에 관한 사항)	33
제11조(만기환급금의 지급)	33
제12조(보험금을 받는 방법의 변경)	33
제13조(주소변경통지)	33
제14조(보험수익자의 지정)	34

제15조(대표자의 지정)	34
제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	34
제16조(계약 전 알릴 의무)	34
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)	34
제18조(알릴 의무 위반의 효과)	35
제19조(사기에 의한 계약)	36
제4관. 보험계약의 성립과 유지	36
제20조(보험계약의 성립)	36
제21조(청약의 철회)	37
제22조(약관교부 및 설명의무 등)	37
제23조(계약의 무효)	38
제24조(계약내용의 변경 등)	39
제25조(보험나이 등)	39
제26조(계약의 소멸)	39
제5관. 보험료의 납입	40
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	40
제28조(제2회 이후 보험료의 납입)	40
제29조(보험료의 자동대출납입)	40
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	41
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	41
제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	42
제6관. 계약의 해지 및 해지환급금 등	42
제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	42
제34조(중대사유로 인한 해지)	42
제35조(회사의 파산선고와 해지)	43
제36조(해지환급금)	43
제37조(보험계약대출)	43

제38조(배당금의 지급)	43
제7관. 분쟁조정 등	43
제39조(분쟁의 조정)	43
제40조(관할법원)	43
제41조(소멸시효)	43
제42조(약관의 해석)	44
제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	44
제44조(회사의 손해배상책임)	44
제45조(개인정보보호)	44
제46조(준거법)	44
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	44

[제2절. 보장조항]

치수치료비(상해및질병) 보장	45
-----------------	----

무배당 하안미소플러스스치아보험 II₁₉₀₄(세만기형) 특별약관

1. 치아관련 특별약관	51
1-1. 특정치석제거(스케일링)치료비(연간1회한,급여)(갱신형) 특별약관	51
1-2. 특정치석제거(스케일링)치료비(연간2회한,급여)(갱신형) 특별약관	52
1-3. 치아영상진단비(X-ray 및 파노라마 촬영)(갱신형) 특별약관	54
1-4. 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관	56
1-5. 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	61
1-6. 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	65
1-7. 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	69
1-8. 치아발치(단순, 정교, 완전매복)치료비(갱신형) 특별약관	73
1-9. 영구치상실발생금 II(상해및질병)(갱신형) 특별약관	76
1-10. 영구치보철치료비 II(무제한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	77
1-11. 영구치보철치료비 II(연간3회한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	

1-12. 영구치보철치료비Ⅱ(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	88
1-13. 영구치임플란트치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	93
1-14. 영구치임플란트치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	97
1-15. 영구치임플란트치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관	101
1-16. 특정임플란트치조골이식술치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관	105
1-17. 주요치주질환(잇몸질환)치료비(갱신형) 특별약관	110
1-18. 자동차사고치아보철발생금(갱신형) 특별약관	113
1-19. 치아치료보장(발치, 영구치상실, 보철, 치조골이식술)(갱신형) 특별약관	114
2. 상해관련 특별약관	123
2-1. 상해사망, 상해사망(갱신형) 특별약관	123
2-2. 골절(치아파절제외)진단비 특별약관	124
2-3. 골절(치아파절포함)진단비(갱신형) 특별약관	125
2-4. 골절수술비 특별약관	125
2-5. 특정상해(머리, 목)수술비 특별약관	126
3. 질병관련 특별약관	129
3-1. 질병사망, 질병사망(갱신형) 특별약관	129
4. 상해 및 질병관련 특별약관	131
4-1. 각막이식수술비(1회한) 특별약관	131
4-2. 시각장애진단비 특별약관	132
4-3. 청각장애진단비 특별약관	133
4-4. 언어장애진단비 특별약관	134
4-5. 인공와우이식수술비(1회한) 특별약관	135
5. 제도성 특별약관	139
5-1. 보장특약 자동갱신 특별약관	139
5-2. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	140
5-3. 보험료자동납입 특별약관	141
5-4. 전자서명 특별약관	141

5-5. 지정대리청구서비스 특별약관	142
5-6. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관	143

무배당 하안미소플러스치아보험Ⅱ₁₉₀₄(세만기형) 별표

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	147
【별표2】 치아관련 질병 분류번호별 정의	148
【별표 3】 자동차사고 부상등급표	149
【별표4】 골절(치아파절제외)분류표	159
【별표5】 골절분류표	160
【별표6】 특정상해(머리,목) 분류표	161
【부록】 약관에서 인용된 법령	163

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

1. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우에는 보험회사에 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 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 부활(효력회복)

- ☑ 부활(효력회복)계약의 치아 보장개시일은 아래와 같습니다.

보장명	보장개시일	
특정치석제거(스케일링)치료비(연간1회한,급여)(갱신형) 특정치석제거(스케일링)치료비(연간2회한,급여)(갱신형) 주요치주질환(잇몸질환)치료비(갱신형)	부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	
보통약관(치수치료비(상해및질병)) 치아영상진단비(X-ray 및 파노라마촬영)(갱신형) 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 치아발치치료비(단순, 정교, 완전매복)(갱신형) 영구치상실발생금Ⅱ(상해및질병)(갱신형)	질병	부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
영구치보철치료비Ⅲ(무제한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형) 영구치보철치료비Ⅱ(연간3회한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형) 영구치보철치료비Ⅰ(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 영구치임플란트치료비(무제한)상해및질병(갱신형) 영구치임플란트치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 영구치임플란트치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특정임플란트치조골이식술치료비(상해및질병)(갱신형) 치아치료보장(발치, 영구치상실, 보철, 치조골이식)(갱신형)		

3. 건강보험

- ☑ 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- ☑ 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

4. 갱신형 보장

- ☑ 갱신형 특별약관의 보험기간은 5년 만기로, 최초가입 후 5년마다 갱신을 통해 보통약관 만기시까지 지(60/70/80세) 보장받을 수 있습니다.
- ☑ 갱신시 갱신일 현재의 기초율을 적용하여 갱신보험료를 계산합니다. 그 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- ☑ 갱신형 특별약관의 보험료가 인상될 경우 적립보험료 또는 적립부분 책임준비금에서 대체납입되

지 않으며, 보험료 인상분은 반드시 추가납입하여야 계약이 정상 유지됩니다.

II. 해지환급금 및 만기환급금 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 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 치아보철치료 관련 보장

- ☑ 영구치보철치료비Ⅲ(연간3회한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비Ⅱ(연간1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비Ⅱ(무제한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 및 특정임플란트치조골이식술치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관의 경우, 최초 보험계약일로부터 90일 이내에 질병으로 영구치를 발거하고, 치아보철치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않습니다.
- ☑ 영구치보철치료비Ⅲ(연간3회한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비Ⅱ(연간1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비Ⅱ(무제한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 및 특정임플란트치조골이식술치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관의 경우, 질병으로 보철치료를 받기 위한 영구치 발거일이 최초 보험계약일로부터 2년 미만인 경우 보험금을 삭감하여 지급하며, 치아보철치료의 종류에 따라 지급되는 보험금이 달라질 수 있습니다.

2. 치아충전치료 및 크라운치료 관련 보장

- ☑ 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형), 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형), 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 및 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관의 경우, 최초 보험계약일로부터 90일 이내에 질병으로 치아충전치료 또는 크라운치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않습니다.
- ☑ 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형), 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형), 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 및 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관의 경우, 질병으로 인한 치아충전치료일 또는 크라운치료일이 최초 보험계약일로부터 1년 미만인 경우 보험금을 삭감하여 지급합니다.

3. 치수치료 관련 보장

- ☑ 치수치료비(상해및질병) 보장의 경우, 보험계약일로부터 90일 이내에 질병으로 치수치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ☑ 치수치료비(상해및질병) 보장의 경우, 질병으로 인한 치수치료일이 보험계약일로부터 1년 미만인 경우 보험금을 삭감하여 지급합니다.

4. 기타 치아 관련 보장

- ☑ 특정치석제거(스케일링)치료비(연간1회한,급여)(갱신형), 특정치석제거(스케일링)치료비(연간2회한)(갱신형) 및 주요치주질환(잇몸질환)치료비(갱신형) 특별약관의 경우, 최초 보험계약일로부터 90일 이내에 해당 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ☑ 치아영상진단비(X-ray 및 파노라마촬영)(갱신형), 치아발치치료비(단순, 정교, 완전재복)(갱신형), 영구치상실발생금Ⅱ(상해및질병)(갱신형), 치아치료보장(발치, 영구치상실, 보철, 치조골이식)(갱신형) 특별약관의 경우, 최초 보험계약일로부터 90일 이내에 질병으로 해당 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ☑ 치아치료보장(발치, 영구치상실, 보철, 치조골이식)(갱신형) 특별약관에서 보철치료비, 특정 임플란트 치조골 이식술 치료비의 경우, 질병으로 보철치료를 받기 위한 영구치 발거일이 최초 계약일로부터 2년 미만인 경우 보험금을 삭감하여 지급합니다.

5. 수술 관련 보장

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

6. 상해 관련 보장

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

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

- 1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.
- 2) 1)에도 불구하고, 청약의 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

청약할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체관련)

다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

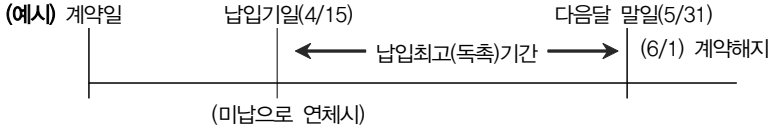
- 1) 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호【부록】 참조)에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우, 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않으며 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 2) 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우, 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 3) 계약체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체 관련)

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

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

- 1) 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 회사는 납입최고(독촉)기간(보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상)으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날을 정하여 납입을 유예하며, 해당 기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.
- 2) 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.



7. 해지 계약의 부활(효력회복)

- 1) 보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출에 의하여 해지 환급금이 없는 경우를 포함함) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.
- 2) 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 계약내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

8. 중도인출

보장개시일부터 1년이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해지환급금(단, 보통약관의 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해지환급금을 한도로 하며, 약관에서 정한 보험계약대출이 있는 경우 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 금액을 기준으로 합니다.)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 중도인출금의 요청은 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 다만, 계약일로부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 한도로 합니다.

※ 중도인출시 만기(해지)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적용되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해지)환급금이 감소합니다.

9. 계약 전후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성 녹음으로 대체합니다.)
- 2) 계약 후 알릴 의무: 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 가) 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우 등
 - 나) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
 - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - 다) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
 - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - 라) 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- 3) 알릴 의무 위반의 효과: 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

10. 보험금의 지급절차

- 1) 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일 이내에 보험금을 지급함

니다. 다만, 회사가 신체손해에 관한 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- 가. 소송제기
 - 나. 분쟁조정 신청
 - 다. 수사기관의 조사
 - 라. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 마. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 - 바. 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- 2) 위 1)의 가.~바.에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

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

보험금 청구 구비서류 안내

※ 고객편의를 위하여 비용부담이 없는 서류로 대체가능하며 사고내용이나 특성에 따라 서류를 추가로 요청 할 수 있습니다. 다만, 청구보험금 100만원 초과건은 원본(방문 또는 우편)접수 대상이나, 100만원 이하건은 사본(팩스 등) 접수 가능합니다.

1. 상해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류	발급기관	
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서 (반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류) • 상해 초진기록지 또는 의무기록사본(병원발급가능) 및 청구서상 사고내용 6하원칙에 따라 기재 • 교통상해 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보처리회사, 경찰서 발급가능) • 산업재해 최초 요양급여 신청서 및 산재 요양급여 확인원(근로복지공단 발급가능) • 기타입증서류 군인재해(공무상병인증서), 기타재해(공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실 확인서)	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인 시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) • 사망진단서(시체검안서) 원본 • 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	관공서
수술비용	① (택1) 수술확인서, 진단서 등(진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수	병원	

구 분	구 비 서 류	발급기관
	술일자가 모두 기재된 서류)	
골절진단비	○ (택1) 진단서 또는 진료확인서 (확정진단명, 한국질병분류코드가 모두 기재된 서류)	병원
화상진단비	○ 진단서 (확정진단명, 한국질병분류코드, 심재성 여부 필수 기재)	병원

2. 질병 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류	발급기관	
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서 (반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면 (지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서 (친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) ・ 사망진단서(시체검안서) 원본 ・ 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	관공서
수술비용	질병수술비	① (택1) 수술확인서, 진단서 등 (확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자가 모두 기재된 서류)	병원
	특정질병수술비	① 진단서 (확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재) ② (택1) 수술기록지 또는 수술확인서 (진단서상 수술명, 수술일자 기재 없는 경우 추가제출서류) ※ 일부 수술의 경우 조직검사결과지, MRI판독지 등 추가 요청 가능	

3. 치아치료 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
치아관련 특별약관	① 치과치료확인서 - 진료된 치아의 위치 또는 치아번호 - 직접적 치아의 치료원인(또는 발거원인) - 진료내용 - 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시) ② 치과진료기록 사본 (필요시) 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마 사진)		당사양식 병원

상기 보장내용별 청구서류는 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경된 내용을 적용합니다. 따라서, 실제 보험금을 청구하실 때에는 당사 홈페이지 등을 통해 청구서류를 다시 한 번 확인하여 주시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

□ 보험금 청구 관련 안내

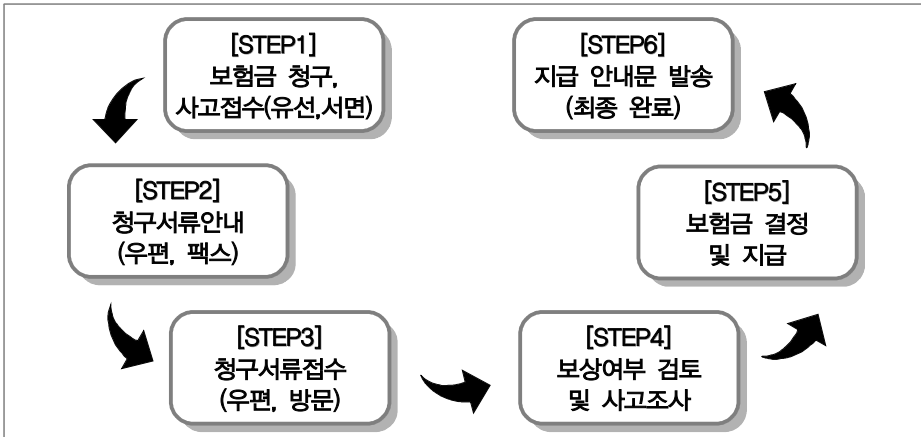
- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 하며 피보험자 외에 제3자 수령 시에는 피보험자의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능합니다.
- 금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요 할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

□ 보험금 청구 소멸 시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (상법 제662조)(【부록】 참조)

□ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 한화손해보험(주)에 접수되는 경우 접수완료와 담당자 사항(이름, 연락처)을 LMS 문자 또는 선택하신 방법으로 각각 안내 드립니다.
- 보상처리 관련 문의 사항 및 서류 발송하기 전 문의 사항이 있으신 경우 해당 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



□ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 *손해사정법인에 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
*손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체
- 당사가 손해사정법인에 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님의 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님의께서 부담하셔야 합니다.

□ 장애진단서 제출 시 유의사항

- 장애진단서를 제출 하시는 경우에는 *3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
* 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

□ **의료심사**

- 상해 질병 보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 한화손해보험(주)가 부담합니다.

□ **보험시간 치료비 분담지급(비례보상 적용)**

- 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례 보상원칙을 적용하여 보험 계약별로 보험금을 분할하여 지급 할 수 있습니다.
- 타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 한국신용정보원을 통해 확인하실 수 있습니다
- 의료비 비례분담과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 청구관련 구비서류 제출을 대행해 드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 "실손의료비 접수대행 서비스 신청서"를 제출하셔야 합니다.

□ **보험금 지급안내 및 절차 조회 방법**

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 청구시 선택하신 방법으로 지급금액이 안내 됩니다. 문의사항이 있으면 지급금 안내시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

□ **보험금 부지급 결정 및 재심사 청구**

- 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않기로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 해당 결정에 동의하지 않는 경우 담당자에게 재문의 또는 소비자보호파트로 통보 하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

□ **예상 지급기일 및 지연이자 지급**

- 상해·질병사고는 최종 서류접수일로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대해 안내하여 드립니다. 만일, 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

□ **주소변경 통지**

- 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 하고 알리지 않을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 도달 된 것으로 봅니다.

보험 가입부터 보험금 지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

고객님의 가입목적에 맞는 보험상품을 선택하신 후, 보험안내자료를 교부받고 주요사항에 대해서 충분한 설명을 들으시기 바랍니다.

☞ 약관 **"약관교부 및 설명의무 등"** 조항 참조

[2단계] 청약서 작성

보험가입을 위해서는 청약서를 작성하셔야 합니다. 청약서 작성시에는 계약 전 알릴 의무, 피보험자 서면동의, 자필서명을 반드시 지켜주셔야 합니다.

✓ 계약 전 알릴 의무

청약서상 피보험자 건강상태, 직업, 운전여부 등을 물어보는 질문란에 대하여 사실대로 기재해 주셔야 합니다. 계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해지환급금을 지급하게 되어 고객님에게 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

✓ 피보험자 서면동의

계약자 본인이 아닌 다른 분을 피보험자로 하여 보험계약을 체결할 경우에는 반드시 피보험자로부터 청약서상 서면동의를 받아야 합니다. 피보험자 서면동의가 이루어지지 않은 경우 계약이 무효가 될 수 있으며 이 경우에는 보험사고가 발생하여도 보장을 받을 수 없습니다.

☞ 약관 **"계약전 알릴 의무", "계약의 무효"** 조항 참조

[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

회사가 고객님이 청약하신 사항을 심사하여 보험계약 체결을 승낙하는 절차입니다. 회사는 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙여부를 결정하게 되며, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 인정됩니다.

☞ 약관 **"보험계약의 성립"** 조항 참조

[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품 약관상의 보험사고가 발생하셨다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하시고 보험금을 청구하세요. 구비서류 및 청구절차는 고객센터(1566-8000) 또는 담당 모집인(보험설계사 등)에게 문의하시면 자세히 안내받을 수 있습니다.

☞ 약관 **"보험금의 지급사유", "보험금의 청구"** 조항 참조

[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님이 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 30영업일 이내) 이내에 지급해드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다.

☞ 약관 **"보험금의 지급절차"** 조항 참조

주요 민원사례 안내

□ 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반

- 사례 : 보험가입 전에 협약을 복용하였으나 청약서 질문서에 기재하지 않은 채 보험을 가입하여 보험회사가 고지위반을 근거로 계약을 해지하면서 납입한 보험료를 돌려주지 않고 해지환급금을 지급하여 민원제기

☞ 계약자가 계약 전 알릴 의무를 위반할 경우 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 계약을 해지할 때에는 기존에 납입하였던 보험료를 돌려받는 것이 아니라 보통약관 「해지환급금」에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하도록 보통약관에서 명시하고 있습니다.

□ 직업변경 통지에 따른 보험료 추징

- 사례 : 직업이 사무직에서 현장직으로 변경되어 회사에 이를 고지하자 보험료 추징을 요청했다며 민원제기

☞ 책임준비금이란 보험회사가 보험계약에 대하여 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말하며, 이는 보장보험료가 계산되는 시점에 확정됩니다. 만약 담보내용, 연령, 성별, 직업급수 등이 변경될 경우 보험료가 변경될 수 있으며, 직업 변경에 따라 장래에 위험보장을 위한 책임준비금 역시 변경될 경우 책임준비금 정산(추징 또는 환급)이 발생하게 됩니다. 즉, 보장보험료 변경과는 별도로 직업급수가 높아질 경우 책임준비금 추징이 추가로 발생할 수 있으며, 반대로 직업급수가 낮아진 경우 책임준비금 정산액을 추가로 환급받을 수 있습니다.

□ 주소변경 알릴 의무

- 사례 : 이사한 다음 경향이 없어서 보험료를 내지 못했는데, 보험사고가 발생해서 보험금을 청구하니 보험료 미납입으로 인하여 보험계약이 해지(실효)되었다고 하여 확인한 결과 이사 전 주소로 해지(실효) 통지

☞ 보통약관에서는 보험계약의 정상적인 유지 등을 위해 계약자는 주소가 변경되면 이를 보험회사로 알리도록 하고 있습니다. 이를 이행하지 않을 경우 이사 전 주소로 통지한 보험회사의 해지(실효) 통지는 도달된 것으로 간주되므로, 주소변경 시 반드시 보험회사에 이를 알려야 합니다.

□ 상품설명 및 자필서명 관련

- 사례 : 보험설계사로부터 해지환급금, 보장내용 등 상품설명을 제대로 듣지 못했으며, 보험설계사의 말만 듣고 기재내용 확인 없이 청약서 및 상품설명서에 자필 서명하였고, 정상계약여부 확인을 위한 전화모니터링에서도 형식적으로 '예'라고 답변하였다며, 불완전판매를 이유로 기 납입 보험료 반환요구하며 민원제기

☞ 제대로 알지 못한 채 형식적으로 실시한 보험계약자의 청약서·상품설명서 상 자필서명 및 모니터링 전화의 답변이라도 법률적 효력을 부인할 수 없습니다. 따라서, 청약서 등 자필서명, 전화모니터링 답변 전에 반드시 관련내용을 꼼꼼히 숙지하고, 이해가 부족할 경우 추가 설명을 요구하여야 합니다.

□ 장기보험 환급금 과소 관련

- 사례 : 장기 보장성 또는 저축성 보험에 가입 후 사정이 여의치 않아 해지하려고 해지환급금을 확인하는 과정에서 그동안 납입한 원금과 차이가 큰 것을 확인하고 가입당시 환급금 차이에 대한 안내를 받지 못했다며 민원 제기

☞ 보험계약은 은행의 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 경우 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영 경비로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 또한 금리연동형 상품은 시중금리의 변동에 따라 적립되는 이율이 달라지므로 가입당시 예측한 이율과 실제 적용되는 이율차이에 의해 실제 환급금 및 환급률은 달라질 수 있습니다. 환급금과 관련된 내용은 가입시 정확하게 확인해주시기 바랍니다.

□ 계약취소신청

- 사례 : 보험가입금액을 5천만원으로 인지하고 있었는데 보험증권에는 1천만원으로 기재되어 보험계약 취소를 신청하였으나, 가입금액 5천만원에 대한 증빙자료가 없고 취소신청기간도 경과되어 민원제기

☞ 보험증권은 계약 체결 후 약 1개월 이내 계약자에게 배송 됩니다. 보험증권을 수령하면 반드시 보험기간, 담보, 보험가입금액, 보장내용 등을 확인하여야 합니다. 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내 청약을 철회할 수 있으며, 특정 사유에 해당할 경우 계약 성립한 날부터 3개월 이내 계약을 취소할 수 있습니다. 자세한 내용은 보통약관 「제4관. 보험계약의 성립과 유지」부분을 참고 하시기 바랍니다.

□ 해지 계약의 부활(호려회복)

- 사례 : 보험료 미납으로 해지되어 계약부활을 신청하였는데 보상받지 못한 해지기간 동안의 보험료와 이자까지 모두 납입해야만 부활 가능하다고 하여 민원 제기

☞ 보험료 미납으로 계약이 해지된 때에는 해지된 날로부터 3년 이내 회사가 정한 절차에 따라 계약 부활을 청약할 수 있습니다. 부활시 보험기간이 변경되는 것은 아니며, 해지전 설정된 회당 보험료를 기준으로 전체 보험기간에 대하여 회사가 부활을 승낙하면 계약자는 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자를 납입하여야 합니다.

□ 보상관련 착오 안내

- 사례 : 뇌혈관질환 진단비와 관련하여 모집자에게 문의하여 보상가능할 것이라고 안내받았으나, 실제 보험금 청구시 면책통보를 받아 부당하다며 민원제기

☞ 모집인이 보험금 지급사유에 관해 잘못 안내했다 하더라도, 보험계약 체결의 위임을 받은 모집인의 업무범위를 벗어나므로 회사를 대표 또는 대리해 보험금 지급약속을 했다고 볼 수 없습니다. 보상관련 문의는 관련 서류 제출을 통해 보험회사의 안내를 받으셔야 합니다.

□ (상해/질병) 수술비 지급기준

- 사례 : 의사의 권유로 신경성형술을 시행하고 질병수술비를 청구하였는데 보험약관에서 정한 수술에 해당하지 않아 보험금지급이 거절되어 민원제기

☞ 보험금은 보험약관의 지급기준에 의거하여 결정 됩니다. 상해/질병 수술비 특별약관에는 "수술"의 정의를 별도 명시하고 있습니다. 수술 방법과 종류에 따라 제외되는 경우가 있으므로 반드시 약관을 확인하셔야 합니다.

□ 보험금 산정

- 사례 : 넘어지면서 허리를 다쳐 상해 보험금을 청구하였는데 보험회사는 질병코드로 진단서가 발행되었다며 보험금 지급을 할 수 없다고 통보하자 민원 제기

☞ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 보험사고에 대하여 보험금을 산정합니다. 보험사고와 사고입증서류(진단서)가 상이할 때에는 보험금이 지급되지 않습니다.

주요 보험용어 해설

※ 아래 표에 기재되지 않은 사항은 보통약관을 참고하시기 바라며, 해당 용어가 특별약관에서 달리 정의되는 경우는 특별약관을 따릅니다.

보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 문서
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말하며, 상해질병보장 이외의 경우에는 피보험자
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 금액
보험금	피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로, 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말하며, 또한 보장개시일을 계약일로 봄
보험가입금액	보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
책임준비금	장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

무배당
하얀미소플러스치아보험 II 1904
(세만기형)
보통약관

제1절. 공통조항

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 계약에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

용어	정의	
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.	
피보험자	질병상해보장	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
	재물손해보장	보험사고로 인하여 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
	배상책임보장	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
	비용손해보장	보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금, 중도환급금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.	
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.	
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.	
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정하는 것을 말합니다.	
보험가입금액	보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.	

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
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 손해를 말합니다.
중요한 사항	“계약 전 알릴 의무”와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다라면 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.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제7차 개정(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)을 따릅니다. 한국표준질병·사인분류를 적용하는 보장에 대하여 제8차 개정 이후 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병) 이외에 추가로 약관상 정의에 해당하는 질병(또는 상병)이 있는 경우에는 그 질병(또는 상병)도 포함하는 것으로 합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. [평균공시이율] 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호【부록】 참조에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)(【부록】 참조)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. [해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액을 말합니다.

4] 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일, 근로자의 날과 대체공휴일을 제외합니다.
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.
보험계약일	계약자와 회사가 보험계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 보험계약일이 2019년 1월 15일인 경우 보험년도는 1월 15일부터 차년도 1월 14일까지 1년입니다.
계약해당일	보험계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5] 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료와 적립보험료의 합계액을 말합니다.
보장보험료	손해를 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
적립부분 순보험료	적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비(적립부분은 제외)로 구분됩니다.

$\text{보험료} = \text{보장보험료} + \text{적립보험료}$
 $\text{보장보험료} = \text{보장부분 순보험료} + \text{부가보험료}$
 $\text{적립보험료} = \text{적립부분 순보험료} + \text{부가보험료}$

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항 제2조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 보장조항 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제2절. 보장조항 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

1. 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2. 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조에서 규정한 국내의 병원, 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 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자와 회사가 제1항의 신체손해에 관한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】참조에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
3. 회사는 제1항의 신체손해에 관한 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 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. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
4. 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 우선적으로 가지급합니다.
5. 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]

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

- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 **【별표1】** 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보장성보험 공시이율V의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 적립부분 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 이 보험의 보장성보험 공시이율V로 하며, 보장성보험 공시이율V는 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 보장성보험 공시이율V는 이 계약의 「사업방법서」에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 고려하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려하여 결정합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중에 보장성보험 공시이율V이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.5%를 적용합니다.
- ④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 보장성보험 공시이율V를 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

[사업방법서 별지]

회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험가입금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

[공시이율]

시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

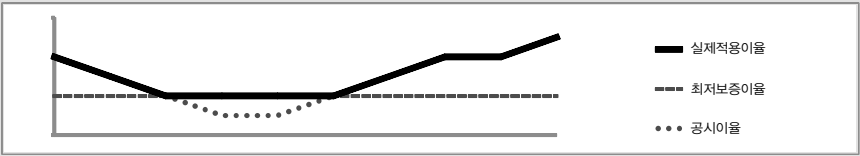
☞ 공시이율의 공시

이 보험의 사업방법서는 회사의 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)의 “상품공시” 내 “보험상품공시”에서 공시하며, 적용되는 공시이율 및 산출방법 등은 홈페이지의 “적용이율공시실”에서 공시합니다.

[최저보증이율]

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.5%인 경우, 공시이율이 0.3%로 낮아지더라도 적립금은 공시이율(0.3%)이 아닌 최저보증이율(0.5%)로 적립됩니다. 따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적립한 적립금은 보장받을 수 있습니다.

☞ 최저보증이율 적용 예시



제10조(중도인출에 관한 사항)

- ① 회사는 보장개시일부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해지환급금(단, 보통약관의 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해지환급금을 한도로 합니다)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 중도인출금의 요청횟수는 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 다만, 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 한도로 합니다.
- ② 제1항의 적립부분 해지환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제36조(해지환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 말합니다.
- ③ 제1항의 적립부분 해지환급금은 제37조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.

[중도인출시 유의사항]

중도인출시 중도환급금 및 만기(해지)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 중도환급금 및 만기(해지)환급금이 감소합니다.

[중도인출금 한도 예시]

중도인출 시점에 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출된 금액이 아래와 같은 경우

- 보통약관 해지환급금 : 120만원
- 보통약관 적립부분 해지환급금: 100만원

(보통약관 적립부분 해지환급금이 보통약관 해지환급금보다 적음)

⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정) 중도인출 가능액 = 80만원 - 30만원 = 50만원

제11조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 보장성보험 공시이율V로 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감하고 지급합니다. 또한 이 약관에 정한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 빼고 지급합니다.
- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급기일이 되면 지급기일 7일 이전에 지급사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알리며, 지급기일부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

제12조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 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 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)

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

제14조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

제15조(대표자의 지정)

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

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

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

[상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

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

[상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 보험증권에 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

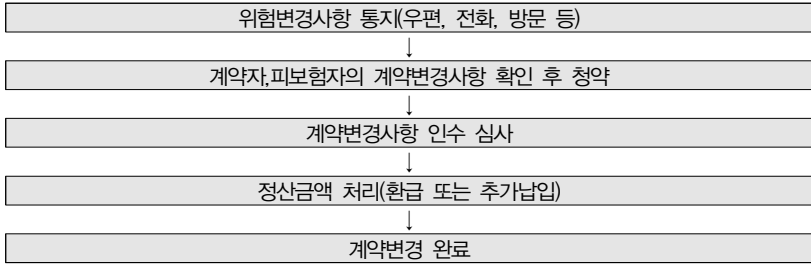
[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 3. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- 2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계

약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



- 3 회사에 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 "변경 전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- 5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

- 1 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- 2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- 3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우는 제24조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- 4 제1항 제1호에 따라 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회

사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제17조(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 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제19조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리인단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제20조(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.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1% 를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 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 보통약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경

우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제21조(청약의 철회)

- 1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 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.
(관련법령【부록】 참조)

- 2 제1항에도 불구하고, 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약철회를 신청할 수 있습니다.
- 4 계약자가 청약을 철회할 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 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 날”에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제22조(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 해당 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.

[약관의 중요한 내용]

보험업법 시행령 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4~35조의2(보험 계약 중요사항의 설명 의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 전자서명법 제2조 제2호에 규정한 전자서명
3. 전자서명법 제2조 제3호에 규정한 공인전자서명
(관련법령【부록】참조)

- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제1항에 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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제23조(계약의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료(단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우 그 금액을 차감한 금액을 말합니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호【부록】참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호【부록】참조에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을

보험금 지급사유로 한 계약의 경우, 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[심신상실자]

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식이 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 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.

제24조(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 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.
- ③ 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 만기(해지)환급금]

보험료 등의 감액시 만기(해지)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제25조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(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 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일: 1991년 10월 2일, 계약일: 2018년 4월 13일
⇒ 2018년 4월 13일 - 1991년 10월 2일 = 26년 6월 11일 = 27세

제26조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에

따라 그때까지 적절한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 사망을 보장하는 약관에서 보장하는 사유로 피보험자가 사망한 경우에는 해당 약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제36조(해지환급금) 제1항에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제37조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[책임준비금]

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적절한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약에 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 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 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.

제28조(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.

제29조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제30조(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 있습니다. 이 경우 제37조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자

동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 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 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제36조(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.

제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 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.)

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호【부록】 참조에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호【부록】 참조에 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 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제30조(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 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료 중 보장보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초로 청약할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 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 제24조(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 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- 4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- 5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행]

국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.

[담보권실행]

담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

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

제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- 1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 2 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다. 피보험자의 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(중대사유로 인한 해지)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제35조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- 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】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제37조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제39조(분쟁의 조정)

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

제40조(관할법원)

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

제41조(소멸시효)

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

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2019년 1월 1일에 발생하였음에도 2022년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조(약관의 해석)

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

제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

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

제45조(개인정보보호)

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

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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

[예금자보호제도]

예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제2절. 보장조항

치수치료비(상해및질병) 보장

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 보장에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젓먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “치수치료”라 함은 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집한 연조직)를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 치아에 대한 치수치료 진단확정을 받고 해당 치아에 치수치료를 받은 경우에 아래의 치수치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 치수치료를 받는 경우

치료항목	치수치료 보험금		지급 한도
치수치료	치아당	이 보장의 보험가입금액	한도 없음

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치수치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	치아당	치수치료 보험금	지급 한도	
치수치료	90일이하		-		한도 없음
	90일초과 1년미만		이 보장 보험가입금액의 50%		
	1년이상	이 보장의 보험가입금액			

- ② 제1항의 “치수치료”는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】참조)에서 규정한 치과병원·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치아에 대한 치수치료가 필요하다고 치과 의사 면허를 가진 자가 판단하는 경우에 한합니다.
- ③ 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

- ④ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치수치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 치아당 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료를 받은 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치수치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 봅니다.
- ⑤ 이미 치수치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 직접적인 원인으로 치수치료를 한 경우에도 해당 치수치료 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 초과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치수치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 이 보장의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 이 보장의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치수치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
 6. 제3대구지(사랑니)에 대한 치아치료
 7. 치수치료를 받은 날부터 그 날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 원인으로 치수치료를 개시한 경우
 8. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치수치료를 받는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표 2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열골이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

9. 이미 치수치료를 받은 부위에 대하여 새로운 상해 및 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 받은 경우
10. 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
11. 라미네이트 등 미용상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용

- 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
3. 치수치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치료치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)〔부록〕참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

무배당
하얀미소플러스치아보험 II 1904
(세만기형)
특별약관

1. 치아관련 특별약관

1-1. 특정치석제거(스케일링)치료비(연간1회한,급여)(갱신형) 특별약관

제1조("치석제거(스케일링) 치료"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "치석제거(스케일링) 치료"라 함은 치주질환(잇몸질환)치료를 목적으로 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치석제거(스케일링)치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서, 아래의 진료행위를 말합니다.
- 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류

구분	분류번호
1/3약당 스케일링	U2232
전악 스케일링	U2233

- ② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준이 폐지 또는 변경되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 치석제거(스케일링) 치료 급여 인정 기준을 따릅니다.

[치아치료를 위한 치석제거(스케일링)]

잇몸질환을 발생시키는 원인요소 중 치면에 부착된 치석(치면부착 이물질 포함) 등을 제거하는 과정으로서 핸드 스케일러 혹은 초음파 치석제거기를 사용하는 술식이며, 경우에 따라서는 연마제 등을 활용하여 필요한 치면의 표면을 마무리하는 과정까지 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 제1조("치석제거(스케일링) 치료"의 정의)에 정한 "치석제거(스케일링) 치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 치석제거(스케일링) 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 치석제거(스케일링) 치료는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】참조에서 규정한 국내의 치과 병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치료를 받은 경우에 한합니다.
- ③ 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "치석제거(스케일링) 치료"를 받은날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치석제거(스케일링) 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치석제거(스케일링) 치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 보험금의 지급사유에서 정한 해당 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
6. 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정 받은 경우
7. 라미네이트 등 미용상의 치료

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 진료비계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제3호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 “치석제거(스케일링) 치료”에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-2. 특정치석제거(스케일링)치료비(연간2회환,급여)(갱신형) 특별약관

제1조(“치석제거(스케일링) 치료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “치석제거(스케일링) 치료”라 함은 치주질환(잇몸질환)치료를 목적으로 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치석제거(스케일링)치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준,이라 합니다)에 해당하는 경우로서, 아래의 진료행위를 말합니다.

- 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류

구분	분류번호
1/3약당 스케일링	U2232
전악 스케일링	U2233

- ② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준이 폐지 또는 변경되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 치석제거(스케일링) 치료 급여 인정 기준을 따릅니다.

[치아치료를 위한 치석제거(스케일링)]

잇몸질환을 발생시키는 원인요소 중 치면에 부착된 치석(치면부착 이물질 포함) 등을 제거하는 과정으로서 핸드 스케일러 혹은 초음파 치석제거기를 사용하는 술식이며, 경우에 따라서는 연마제 등을 활용하여 필요한 치면의 표면을 마무리하는 과정까지 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 제1조("치석제거(스케일링) 치료"의 정의)에 정한 "치석제거(스케일링) 치료"를 받은 경우에는 연간 2회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 치석제거(스케일링) 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 치석제거(스케일링) 치료는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치료를 받은 경우에 한합니다.
- ③ 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "치석제거(스케일링) 치료"를 받은날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치석제거(스케일링) 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치석제거(스케일링) 치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 보험금의 지급사유에서 정한 해당 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
 6. 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정 받은 경우
 7. 라미네이트 등 미용상의 치료

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용

라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)

3. 진료비계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제3호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제33조(의료기관)【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급 사유) 제1항의 “치석제거(스케일링) 치료”에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-3. 치아영상진단비(X-ray 및 파노라마 촬영)(갱신형) 특별약관

제1조(“치아영상진단(X-ray 및 파노라마 촬영)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “치아영상진단(X-ray 및 파노라마 촬영)”이라 함은 치과치료를 목적으로 국민건강 보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우의 치아영상진단(이하 「급여인정 치아영상진단」이라 합니다)으로 아래의 진료행위를 말합니다.

- 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류

	구분	분류번호
X-ray 촬영	치근단 촬영(Periapical View)	G9101 ~ G9105
	교익 촬영(Bitewing View)	G9501 ~ G9505
	교합 촬영(Occlusal View)	G9601
	파노라마 촬영(Panoramic View)	G9701, G9761

② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 “치아영상진단(X-ray 및 파노라마 촬영)”의 정의에 정한 치아영상진단 외에 「급여인정 치아영상진단」에 해당하는 치아영상진단이 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

[X-ray촬영, 파노라마 촬영]

치과치료를 목적으로 환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로 등 치과검진을 하기 위한 촬영술식입니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- 1 회사에 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병을 직접적인 원인으로 제1조("치아영상진단(X-ray 및 파노라마 촬영)"의 정의)에 정한 "치아영상진단(X-ray 및 파노라마 촬영)"을 받은 경우에는 각각의 촬영 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 치아영상진단비(X-ray 및 파노라마 촬영)로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 "치아영상진단(X-ray 및 파노라마 촬영)"은 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조)에서 규정한 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치과치료를 위해 X-ray 또는 파노라마 촬영이 필요하다고 판단하는 경우에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 보험금의 지급사유에서 정한 해당 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
 6. 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정 받은 경우
 7. 라미네이트 등 미용상의 치료
- 2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(보험금의 청구)

- 1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 진료비계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제3호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절. 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제6조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공동조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-4. 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑤ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로서, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 치아에 대한 치아충전치료 진단확정을 받고 해당 치아에 치아충전치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 치아충전치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 치아충전치료를 받은 경우

구분	치료항목	치아충전치료 보험금		지급 한도
치아 충전 치료	아말감·글래스아이노머	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 20%	한도 없음
	아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이온레이 등)	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아충전치료를 받는 경우
[최초계약]

구분	치료항목	보험계약일로부터 경과기간	치아충전치료 보험금	지급 한도
치아 충전 치료	아말감· 글래스아이노머	90일이하	—	한도 없음
		90일초과 1년미만	치아당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	
		1년이상		
	아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이온레이 등)	90일이하	—	한도 없음
		90일초과 1년미만	치아당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	
		1년이상		

[갱신계약]

구분	치료항목	치아충전치료 보험금		지급 한도
치아 충전 치료	아말감·글래스아이노머	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 20%	한도 없음
	아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이온레이 등)	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

[보험금 지급 예시]

— 보험가입금액 10만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아충전치료를 받는 경우

구분	치료항목	보험계약일로부터 경과기간	치아충전치료 보험금
치아 충전 치료	아말감, 글래스아이노머	90일 이하	—
		90일 초과 1년 미만	치아당 1만원
		1년 이상	
	아말감·글래스 아이노머 이외 (레진필링, 인레이온레이 등)	90일 이하	—
		90일 초과 1년 미만	치아당 5만원
		1년 이상	

② 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

3) 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아충전치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

4) 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아충전치료 및 크라운치료를 받은 경우 다음과 같이 보상합니다.

1. “충전치료 보험금”이 “크라운치료 보험금의 합” 보다 큰 경우
 - “충전치료 보험금”이 지급되며, 1-5. 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관 및 1-6. 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아크라운치료 보험금 및 1-7. 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 영구치크라운치료 보험금은 지급하지 않습니다.
2. “크라운치료 보험금의 합”이 “충전치료 보험금” 보다 크거나 같은 경우
 - 1-5. 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관 및 1-6. 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아크라운치료 보험금 및 1-7. 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 영구치크라운치료 보험금이 지급되며, “충전치료 보험금”은 지급하지 않습니다.

충전치료 보험금	제1항에서 정한 치아충전치료 보험금
크라운치료 보험금의 합	1-5. 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관 및 1-6. 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아크라운치료 보험금과 1-6. 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 영구치크라운치료 보험금의 합계액 (단, “보험금의 지급사유” 조항에 따라 보험금이 발생한 특별약관에 한합니다.)

[예시] 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 10만원, 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 20만원 가입시

- 피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료 후 해당 치아에 치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운치료를 진단받은 경우, 해당 치아에 치료 종료 시 이 특별약관에 따른 치아충전치료 보험금은 지급하지 않습니다.
(1-5. 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 치아크라운치료 보험금을 지급합니다.)

5) 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아충전치료 또는 크라운치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 치아당 1회에 한하여 제1항 내지 제4항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료를 받은 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아충전치료 또는 크라운치료를 개시한 경우에는 새로운 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 봅니다.

[크라운치료]

치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료를 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료로서, 임상적 치관(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

6) 이미 치아충전치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 직접적인 원인으로 치아충전치료를 한 경우에도 해당 치아충전치료 보험금을 지급합니다.

7) 제1항에서 “치아충전치료”란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착

하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.

구분	치료항목	정의
충전 치료	아말감	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학 접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 “충전치료”라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 씁니다.
	인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.

⑧ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치아충전치료를 받는 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되더라도 그 계속중인 치아충전치료를 대하여는 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치아충전치료를 진단확정 받은 해당 치아에 대하여 보험기간 중에 임시충전치료를 받았거나 치수치료를 시작한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 충전치료를 받으면 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아충전치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아충전치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급 사유가 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, 외국국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 7. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
 8. 치아충전치료를 받은 날부터 그날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 원인으로 치아충전치료를 개시한 경우
 9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치아충전치료를 받는 경우, 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표 2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우

11. 라미네이트 등 미용 상의 치료

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 손해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)

가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)

나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)

다. 진료내용

라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)

3. 치아충전치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)

4. 진료비계산서

5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)〔부록〕 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

② 손해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-5. 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑤ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로서, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 치아에 크라운치료 진단확정을 받고 해당 크라운치료를 받은 경우 아래의 치아크라운치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 크라운치료를 받는 경우

치료항목	치아크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3회

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 크라운치료를 받는 경우

[최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	치아크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	90일이하	치아당	-	연간 3회
	90일초과 1년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	1년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	치아크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3회

[보험금 지급 예시]

- 보험가입금액 10만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 크라운치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	치아크라운치료 보험금	
크라운 치료	90일 이하	치아당	-
	90일 초과 1년 미만		5만원
	1년 이상		10만원

2. 제1항의 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 **【별표2】** “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

3. 제1항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치료치료확인서 상의 진료시작일)로 합니다.

4. 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아충전치료 및 크라운치료를 받은 경우 다음과 같이 보상합니다.

- “충전치료 보험금”이 “크라운치료 보험금의 합” 보다 큰 경우
 - “충전치료 보험금”이 지급되며, 제1항에 따른 치아크라운치료 보험금은 지급하지 않습니다.
- “크라운치료 보험금의 합”이 “충전치료 보험금” 보다 크거나 같은 경우
 - 제1항에 따른 치아크라운치료 보험금이 지급되며, “충전치료 보험금”은 지급하지 않습니다.

충전치료 보험금	1-4. 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아충전치료 보험금
크라운치료 보험금의 합	제1항 및 1-6. 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아크라운치료 보험금과 1-7. 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 영구치크라운치료 보험금의 합계액 (단, “보험금의 지급사유” 조항에 따라 보험금이 발생한 특별약관에 한합니다.)

[예시] 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 10만원, 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 20만원 가입시

□ 피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료 후 해당 치아에 치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운치료를 진단받은 경우, 해당 치아에 치료 종료 시 이 특별약관의 치아크라운치료 보험금만 지급합니다.
(1-4. 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관에 따른 치아충전치료 보험금은 지급하지 않습니다.)

5. 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아충전치료 또는 크라운치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 치아당 1회에 한하여 제1항 내지 제4항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료를 받은 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과

하여 치아충전치료 또는 크라운치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 봅니다.

[충전치료]

치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등이 있습니다).

구분	치료항목	정의
충전 치료	아말감	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학 접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 “충전치료”라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.

- ⑥ 이미 크라운치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 직접적인 원인으로 크라운치료를 한 경우에도 해당 치아크라운치료 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 제1항에서 “크라운치료”란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조) 에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료로서, 임상적 치관(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.
- ⑧ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 크라운 치료를 받는 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되더라도 그 계속중인 크라운치료를 대하여는 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 크라운 치료를 진단확정 받은 해당 치아에 대하여 보험기간 중에 임시크라운을 장착하였거나 치수치료를 시작한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 크라운치료를 받으면 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 크라운치료를 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급 사유가 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
6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
7. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
8. 크라운치료를 받은 날부터 그날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 원인으로 크라운치료를 개시한 경우
9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 크라운치료를 받는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표 2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우

11. 라미네이트 등 미용 상의 치료

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 크라운치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보통약관 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-6. 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑤ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 치아에 크라운치료 진단확정을 받고 해당 크라운치료를 받은 경우 아래의 치아크라운치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 크라운치료를 받는 경우

치료항목	치아크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회

**나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 크라운치료를 받는 경우
[최초계약]**

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	치아크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	90일이하	치아당	-	연간 1회
	90일초과 1년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	1년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	치아크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회

[보험금 지급 예시]

- 보험가입금액 10만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 크라운치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	치아크라운치료 보험금	
크라운 치료	90일 이하	치아당	-
	90일 초과 1년 미만		5만원
	1년 이상		10만원

- ② 제1항의 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한 국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

- ③ 제1항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치료치료확인서 상의 진료시작일)로 합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아충전치료 및 크라운치료를 받은 경우 다음과 같이 보상합니다.
- “충전치료 보험금”이 “크라운치료 보험금의 합” 보다 큰 경우
 - “충전치료 보험금”이 지급되며, 제1항에 따른 치아크라운치료 보험금은 지급하지 않습니다.
 - “크라운치료 보험금의 합”이 “충전치료 보험금” 보다 크거나 같은 경우
 - 제1항에 따른 치아크라운치료 보험금이 지급되며, “충전치료 보험금”은 지급하지 않습니다.

충전치료 보험금	1-4. 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아충전치료 보험금
크라운치료 보험금의 합	제1항 및 1-5. 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아크라운치료 보험금과 1-7. 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 영구치크라운치료 보험금의 합계액 (단, “보험금의 지급사유” 조항에 따라 보험금이 발생한 특별약관에 한합니다.)

[예시] 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 10만원, 치아크라운치료비(연간1회환)(상해및질병)(갱신형) 20만원 가입시

□ 피보험자가 상해 여급니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료 후 해당 치아에 치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운치료를 진단받은 경우, 해당 치아에 치료 종료 시 이 특별약관의 치아크라운치료 보험금만 지급합니다.
(1-4. 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관에 따른 치아충전치료 보험금은 지급하지 않습니다.)

- 5) 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아충전치료 또는 크라운치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 치아당 1회에 한하여 제1항 내지 제4항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료를 받은 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아충전치료 또는 크라운치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 봅니다.

[충전치료]

치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.

구분	치료항목	정의
충전 치료	아말감	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학 접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 "충전치료"라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 씁니다.
	인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 분을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.

- 6) 이미 크라운치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 직접적인 원인으로 크라운치료를 한 경우에도 해당 치아크라운치료 보험금을 지급합니다.
- 7) 제1항에서 "크라운치료"란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조) 에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료로서, 임상적 치관(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.
- 8) 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 크라운치료를 받는 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되더라도 그 계속중인 크라운치료를 대하여는 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.
- 9) 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 크라운치료를 진단확정 받은 해당 치아에 대하여 보험기간 중에 임시크라운을 장착하였거나 치수치료를 시작한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 크라운치료를 받으면 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의

사와의 치료일정 협의의 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 크라운치료에 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급 사유가 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
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 7. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
 8. 크라운치료를 받은 날부터 그날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 원인으로 크라운치료를 개시한 경우
 9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 크라운치료를 받는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표 2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
 11. 라미네이트 등 미용 상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 크라운치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

- 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 - 1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 - 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-7. 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑤ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로서, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치에 크라운치료를 진단확정을 받고 해당 크라운치료를 받은 경우 아래의 영구치크라운치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 크라운치료를 받는 경우

치료항목	영구치크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 크라운치료를 받는 경우
[최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	90일이하	치아당	-	한도 없음
	90일초과 1년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	1년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	영구치크라운치료 보험금		지급 한도
크라운치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

[보험금 지급 예시]

- 보험가입금액 10만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 크라운치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치크라운치료 보험금	
크라운 치료	90일 이하	치아당	-
	90일 초과 1년 미만		5만원
	1년 이상		10만원

- ② 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

- ③ 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아충전치료 및 크라운치료를 받은 경우 다음과 같이 보상합니다.

- “충전치료 보험금”이 “크라운치료 보험금의 합” 보다 큰 경우
 - “충전치료 보험금”이 지급되며, 제1항에 따른 영구치크라운치료 보험금은 지급하지 않습니다.
- “크라운치료 보험금의 합”이 “충전치료 보험금” 보다 크거나 같은 경우
 - 제1항에 따른 영구치크라운치료 보험금이 지급되며, “충전치료 보험금”은 지급하지 않습니다.

충전치료 보험금	1-4. 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아충전치료 보험금
크라운치료 보험금의 합	제1항에서 정한 영구치크라운치료 보험금과 1-5. 치아크라운치료비(연간 3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관 및 1-6. 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관에서 정한 치아크라운치료 보험금의 합 계액 (단, “보험금의 지급사유” 조항에 따라 보험금이 발생한 특별약관에 한합니다.)

[예시] 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 10만원, 영구치크라운치료비(상해및질병)(갱신형) 20만원 가입시

- 피보험자가 상해 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료 후 해당 치아에 치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운치료를 진단받은 경우, 해당 치아에 치료 종료 시 이 특별약관의 영구치크라운치료 보험금만 지급합니다.
(1-4. 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관에 따른 치아충전치료 보험금은 지급하지 않습니다.)

- 4 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 영구치에 2회 이상의 치아충전치료 또는 크라운치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 영구치당 1회에 한하여 제1항 내지 제3항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료를 받은 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아충전치료 또는 크라운치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 봅니다.

[충전치료]

치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등이 있습니다).

구분	치료항목	정의
충전 치료	이말감	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학 접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 “충전치료”라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.

- 5 이미 크라운치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 직접적인 원인으로 크라운치료를 한 경우에도 해당 영구치크라운치료 보험금을 지급합니다.
- 6 제1항에서 “크라운치료”란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료를 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료로서, 임상적 치관(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.
- 7 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 크라운치료를 받는 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되더라도 그 계속중인 크라운치료를 대하여는 보험금을 지급합니다.
- 8 보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 크라운치료를 진단확정 받은 해당 영구치에 대하여 보험기간 중에 임시크라운을 장착하였거나 치수치료를 시작한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 크라운치료를 받으면 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 크라운치료를 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급 사유가 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
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 7. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
 8. 크라운치료를 받은 날부터 그날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 원인으로 크라운치료를 개시한 경우
 9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 크라운치료를 받는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표 2】 "치아관련 질병 분류번호별 정의"와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열골이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
11. 라미네이트 등 미용 상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 크라운치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
 ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-8. 치아발치(단순, 정교, 완전매복)치료비(갱신형) 특별약관

제1조("발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 발치치료가 필요하다고 인정한 기준(이하 「발치치료 급여인정 기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서, 아래의 진료행위를 말합니다.
 - 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류

	구분	분류번호
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	유치(Deciduous Tooth)	U4411
	전치(Anterior Tooth)	U4412
	구치(Posterior Tooth)	U4413
정교한 발치 (부분적으로 매복된 치아)	난발치(Complicated Extraction)	U4414
	단순매복치(Simple)	U4415
	복잡매복치[치아분할술을 실시한 경우](Complex)	U4416
완전매복 발치	완전매복치[치관이 2/3 이상 치조골 내에 매복된 치아의 골절제와 치아 분할술을 동시에 시행한 경우](Complete)	U4417

- ② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"의 정의에 정한 발치치료 외에 「발치치료 급여인정 기준」에 해당하는 발치치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

[발치(拔齒)]

치아를 제거하는 외과적 처치로서, 아래에서 정한 단순발치, 정교한 발치 및 완전매복 발치를 말합니다.

단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	정상 맹출된 치아를 제거하는 치료술식으로 발치검사 등의 기구를 활용하지만 잇몸 절개, 치아분할 또는 골삭제 등을 하지 않고 정상 발치하는 경우를 말합니다.
정교한 발치 (부분적으로 매복된 치아)	발치할 치아가 치조골에 부분적으로 매복되어 있는 경우 또는 파절된 치아를 제거하기 위한 시술이며 단순 발치가 불가능한 경우를 말합니다.
완전매복 발치	치관의 2/3 이상이 치조골 또는 악골내에 매복된 경우이며 골삭제와 치아분할술이 필요한 치료술식을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 제1조("발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"의 정의)에서 정한 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"를 받은 경우에는 치료 항목별로 아래의 발치치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	발치치료 보험금	
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 25%
정교한 발치 (부분적으로 매복된 치아)	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 50%
완전매복 발치	치아당	이 특별약관의 보험가입금액

② 제1항의 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치료를 받은 경우에 한합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
6. 치열교정, 양악수술 등 미용상의 치료. 단, 「발치치료 급여인정 기준」에 해당하는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 클라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치료치료관련 증명서를 발급받은 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-9. 영구치상실발생금 II (상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젓먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 상실(喪失)”이라 함은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환), 외상 등에 의하여 영구치가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거(拔去)한 경우를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 영구치를 상실했을 때에는 상실된 영구치 1개당 이 특별약관의 보험가입금액을 영구치상실발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 영구치 발거가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간이 끝난 후 영구치 발거와 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 영구치 발거에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급 사유가 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, 외국국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
 7. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 영구치를 발거한 경우
 8. 맹출장애 : 부분 매복되었거나, 완전 매복되어 영구치를 발거한 경우
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 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 시연전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 치과치료관련 증명서 등
 - 가. 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서
 - 1) 발거한 영구치의 위치(또는 치아번호) 및 발거일자
 - 2) 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태
 - 3) 직접적인 영구치 발거원인
 - 나. 치과진료기록 사본
 - 다. 회사는 상기 “가”, “나” 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 영구치 발거 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)〔부록〕참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**1-10. 영구치보철치료비 II (무제한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형)
특별약관**

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

- ③ “유치”라 함은 젓먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 발거”라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ⑤ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑥ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대체하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 대하여 치아보철치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 영구치보철치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 치아보철치료를 받는 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급 한도
	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	한도 없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우

[최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치보철치료 보험금		지급 한도
		보철물당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	
가철성의치 (틀니, Denture)	90일이하	-	-	연간 1회
	90일초과 2년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%	-	
	2년이상	이 특별약관의 보험가입금액	-	
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	90일이하	-	-	한도 없음
	90일초과 2년미만	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 25%	
	2년이상	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	
임플란트 (Implant)	90일이하	-	-	한도 없음
	90일초과 2년미만	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	한도 없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

[보험금 지급 예시1]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 상해로 치아보철치료를 받은 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금	
가철성의치(틀니, Denture)	보철물당	100만원
고정성가공의치(브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	50만원
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	100만원

[보험금 지급 예시2]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치보철치료 보험금	
가철성의치 (틀니, Denture)	90일 이하	보철물당	-
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	90일 이하	영구치발거 1개당	-
	90일 초과 2년 미만		25만원
	2년 이상		50만원
임플란트 (Implant)	90일 이하	영구치발거 1개당	-
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원

[보험금 지급 예시3]

- 계약일 : 2018년 10월 1일(보험가입금액 100만원 가입)
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 치아보철치료를 받는 경우)

보험금 미지급 (90일 이하)	50%지급 (90일 초과 2년 미만)	100%지급 (2년 이상)
(2018.10.1.) 가입	(2018.12.30) 가입일부터 90일	(2020.10.1.) 가입일부터 2년

- 2019년 12월 1일 치아우식증(충치)을 원인으로 영구치 6개를 뽑은 후 영구치 5개에 대해 2020년 3월 1일에 임플란트치료를 받고, 영구치 1개에 대해 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받은 경우
 - ▶ 임플란트 보험금 250만원(5개 × 100만원 × 50%)
 - ▶ 고정성가공의치(브릿지) 보험금 25만원(1개 × 50만원 × 50%)

[보험금 지급 예시4]

- 계약일 : 2018년 10월 1일
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 치아보철치료를 받는 경우)

발거 시기	(사례1) 2018.12.1. 영구치 1개 발거후 1개 임플란트 치료받은	(사례2) 2020.6.5. 영구치 2개 발거후 1개 임플란트 치료받은	(사례2-1) 2020.11.5. 1개 임플란트 치료받은 (2020.6.5.에 발거한 영구치 중 치료받지 않은 영구치)
보장	보험금 미지급	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개만 보장)	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개 보장)

- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2018.12.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 90일 이하) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2020.6.5.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급함.
- 2020년 10월 1일 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 보험가입금액을 지급함.

2 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

3 제1항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치료치료확인서 상의 발거일)로 합니다.

4 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시]

□ 피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보합금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

- 5) 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보철치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.
- 6) 제1항에서 “치아보철치료”란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(부록) 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 영구치를 발거하고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 받는 경우를 말하며 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치 및 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결합 조직 및 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착되는 인공 보철물을 말합니다.
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

- 7) 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 치아보철치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료일 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치아보철치료를 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1) 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
7. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
8. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우, 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열골이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
11. 라미네이트 등 미용상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사가 정한 양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공동조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 - 1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 - 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**1-11. 영구치보철치료비 II (연간3회한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형)
특별약관**

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 발거”라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ⑤ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑥ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로서, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 대하여 치아보철치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 영구치보철치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 치아보철치료를 받은 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 3회
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3회

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우
 [최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성의치 (틀니, Denture)	90일이하	보철물당	-	연간 1회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	90일이하	영구치발거 1개당	-	연간 3회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 25%	
	2년이상		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
임플란트 (Implant)	90일이하	영구치발거 1개당	-	연간 3회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 3회
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3회

[보험금 지급 예시1]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 상해로 치아보철치료를 받은 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금	
가철성의치(틀니, Denture)	보철물당	100만원
고정성가공의치(브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	50만원
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	100만원

[보험금 지급 예시2]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치보철치료 보험금	
가철성의치 (틀니, Denture)	90일 이하	보철물당	-
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	90일 이하	영구치발거 1개당	-
	90일 초과 2년 미만		25만원
	2년 이상		50만원
임플란트 (Implant)	90일 이하	영구치발거 1개당	-
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원

[보험금 지급 예시3]

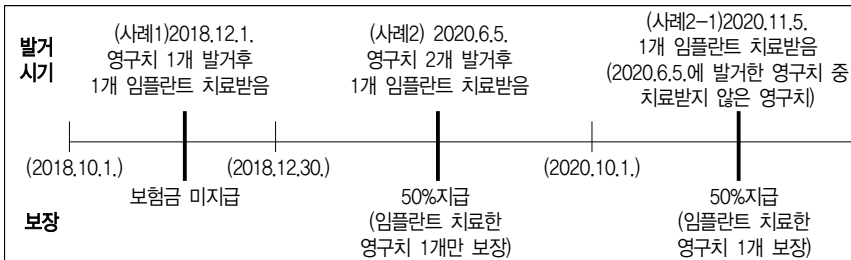
- 계약일 : 2018년 10월 1일(보험가입금액 100만원 가입)
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 치아보철치료를 받는 경우)

보험금 미지급 (90일 이하)	50%지급 (90일 초과 2년 미만)	100%지급 (2년 이상)
(2018.10.1.) 가입	(2018.12.30) 가입일부터 90일	(2020.10.1.) 가입일부터 2년

- 2019년 12월 1일 치아우식증(충치)을 원인으로 영구치 6개를 뽑은 후 영구치 5개에 대해 2020년 3월 1일에 임플란트치료를 받고, 영구치 1개에 대해 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받은 경우
 - ▶ 임플란트 보험금 150만원(3개 × 100만원 × 50%)
 - ▶ 고정성가공의치(브릿지) 보험금 25만원(1개 × 50만원 × 50%)

[보험금 지급 예시4]

- 계약일 : 2018년 10월 1일
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 치아보철치료를 받는 경우)



- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2018.12.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 90일 이하) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2020.6.5.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급함.
- 2020년 10월 1일 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 보험가입금액을 지급함.

② 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서

아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표 2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

3 제1항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치료치료확인서 상의 발거일)로 합니다.

4 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시]

□ 피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

5 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보철치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에서 “치아보철치료”란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 영구치를 발거하고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 받는 경우를 말하며 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치 및 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결합 조직 및 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착되는 인공 보철물을 말합니다.
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

7 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 치아보철치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의

사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료일 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치아보철치료에 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 7. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
 8. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
 9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우, 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
 11. 치아내이트 등 미용상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사가 정한 양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제33조(의료기관)【부록】 참조에 규정된 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-12. 영구치보철치료비Ⅱ(연간1회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치삭(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젓먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 발거”라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ⑤ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑥ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대처하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 대하여 치아보철치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 영구치보철치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 치아보철치료를 받는 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우
[최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성의치 (틀니, Denture)	90일이하	보철물당	-	연간 1회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	90일이하	영구치발거 1개당	-	연간 1회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 25%	
	2년이상		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
임플란트 (Implant)	90일이하	영구치발거 1개당	-	연간 1회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회

[보험금 지급 예시1]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 상해로 치아보철치료를 받는 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금	
가철성의치(틀니, Denture)	보철물당	100만원
고정성가공의치(브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	50만원
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	100만원

[보험금 지급 예시2]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치보철치료 보험금	
가철성义치 (틀니, Denture)	90일 이하	보철물당	
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	90일 이하	영구치발거 1개당	
	90일 초과 2년 미만		25만원
	2년 이상		50만원
임플란트 (Implant)	90일 이하	영구치발거 1개당	
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원

[보험금 지급 예시3]

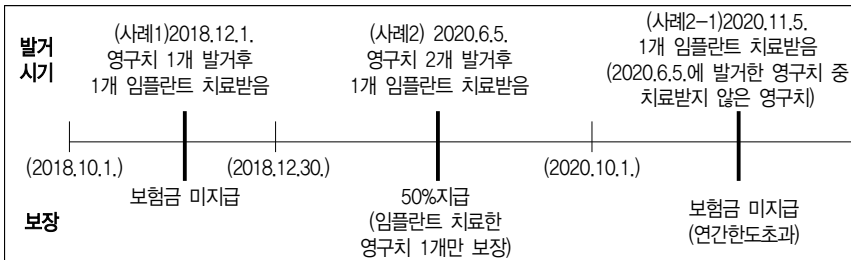
- 계약일 : 2018년 10월 1일(보험가입금액 100만원 가입)
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 치아보철치료를 받는 경우)

보험금 미지급 (90일 이하)	50%지급 (90일 초과 2년 미만)	100%지급 (2년 이상)
(2018.10.1.) 가입	(2018.12.30) 가입일부터 90일	(2020.10.1.) 가입일부터 2년

- 2019년 12월 1일 치아우식증(충치)을 원인으로 영구치 3개를 뽑은 후 영구치 2개에 대해 2020년 3월 1일에 임플란트치료를 받고, 영구치 1개에 대해 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받은 경우
 - ▶ 임플란트 보험금 50만원(1개 × 100만원 × 50%)
 - ▶ 고정성가공의치(브릿지) 보험금 25만원(1개 × 50만원 × 50%)

[보험금 지급 예시4]

- 계약일 : 2018년 10월 1일
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 치아보철치료를 받는 경우)



- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2018.12.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 90일 이하) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2020.6.5.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급함.
- 2020년 10월 1일 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 보험가입금액을 지급함.

② 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서

아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표 2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

3 제1항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치료치료확인서 상의 발거일)로 합니다.

4 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시]

□ 피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

5 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보철치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에서 “치아보철치료”란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 영구치를 발거하고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 받는 경우를 말하며 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치 및 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결합 조직 및 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착되는 인공 보철물을 말합니다.
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

7 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 치아보철치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의

사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료일 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치아보철치료에 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 7. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
 8. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
 9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
 11. 치아미네이트 등 미용상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사가 정한 양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제33조(의료기관)【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-13. 영구치임플란트치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齧式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치(아와스치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 발거”라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ⑤ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑥ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 대하여 “임플란트치료”를 받은 경우 아래의 임플란트치료

보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 임플란트치료를 받는 경우

치료항목	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 임플란트치료를 받는 경우

[최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	90일이하	영구치발거 1개당	-	한도 없음
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

[보험금 지급 예시1]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 상해로 임플란트치료를 받은 경우

치료항목	임플란트치료 보험금	
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	100만원

[보험금 지급 예시2]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 임플란트치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	임플란트치료 보험금	
임플란트 (Implant)	90일 이하	영구치발거 1개당	-
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원

[보험금 지급 예시3]

- 계약일 : 2018년 10월 1일(보험가입금액 100만원 가입)
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 임플란트치료를 받는 경우)

보험금 미지급 (90일 이하)	50%지급 (90일 초과 2년 미만)	100%지급 (2년 이상)
(2018.10.1.) 가입	(2018.12.30) 가입일부터 90일	(2020.10.1.) 가입일부터 2년

- 2019년 12월 1일 치아우식증(충치)을 원인으로 영구치 6개를 뽑은 후 영구치 5개에 대해 2020년 3월 1일에 임플란트치료를 받은 경우
 - ▶ 임플란트 보험금 250만원(5개 × 100만원 × 50%)

[보험금 지급 예시4]

- 계약일 : 2018년 10월 1일
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 임플란트치료를 받는 경우)

발거 시기	(사례1)2018.12.1. 영구치 1개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2) 2020.6.5. 영구치 2개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2-1)2020.11.5. 1개 임플란트 치료받음 (2020.6.5.에 발거한 영구치 중 치료받지 않은 영구치)
보장	보험금 미지급	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개만 보장)	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개 보장)

- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2018.12.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 90일 이하) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2020.6.5.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급함.
- 2020년 10월 1일 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 보험가입금액을 지급함.

2 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

3 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 임플란트치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

4 제1항에서 “임플란트치료”란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 영구치를 발거하고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트(Implant) 치료를 받는 경우를 말하며 임플란트(Implant)의 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 임플란트치료를 할 경우, 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “임플란트 치료”가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료일 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 “임플란트 치료”에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 7. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
 8. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
 9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
11. 라미네이트 등 미용상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사가 정한 양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)

3. 임플란트치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-14. 영구치임플란트치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 발거”라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ⑤ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치료용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑥ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로서, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 대하여 임플란트치료를 받은 경우 아래의 임플란트치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 임플란트 치료를 받는 경우

치료항목	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3회

**나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 임플란트 치료를 받는 경우
[최초계약]**

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	90일이하	영구치발거 1개당	-	연간 3회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3회

[보험금 지급 예시1]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 상해로 임플란트 치료를 받은 경우

치료항목	임플란트치료 보험금	
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	100만원

[보험금 지급 예시2]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 임플란트치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	임플란트치료 보험금	
임플란트 (Implant)	90일 이하	영구치발거 1개당	-
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원

[보험금 지급 예시3]

- 계약일 : 2018년 10월 1일(보험가입금액 100만원 가입)
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 임플란트치료를 받는 경우)

보험금 미지급 (90일 이하)	50%지급 (90일 초과 2년 미만)	100%지급 (2년 이상)
(2018.10.1.) 가입	(2018.12.30) 가입일부터 90일	(2020.10.1.) 가입일부터 2년

- 2019년 12월 1일 치아우식증(충치)을 원인으로 영구치 6개를 뽑은 후 영구치 5개에 대해 2020년 3월 1일에 임플란트치료를 받은 경우
- ▶ 임플란트 보험금 150만원(3개 × 100만원 × 50%)

[보험금 지급 예시4]

- 계약일 : 2018년 10월 1일
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 임플란트치료를 받는 경우)

발거 시기	(사례1) 2018.12.1. 영구치 1개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2) 2020.6.5. 영구치 2개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2-1) 2020.11.5. 1개 임플란트 치료받음 (2020.6.5.에 발거한 영구치 중 치료받지 않은 영구치)
보장	보험금 미지급	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개만 보장)	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개 보장)

- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2018.12.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 90일 이하) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2020.6.5.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급함.
- 2020년 10월 1일 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 보험가입금액을 지급함.

2 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

3 제1항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치료치료확인서 상의 발거일)로 합니다.

4 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 임플란트치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

5 제1항에서 “임플란트치료”란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 영구치를 발거하고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트(Implant) 치료를 받는 경우를 말하며 임플란트(Implant)의 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 임플란트치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “임플란트 치료”가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료일 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 “임플란트 치료”에 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 7. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
 8. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
 9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
 11. 라미네이트 등 미용상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 클라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사가 정한 양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 임플란트치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-15. 영구치임플란트치료비(연간회환)(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 발거”라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

- ⑤ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑥ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 대하여 임플란트치료를 받은 경우 아래의 임플란트치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 임플란트 치료를 받는 경우

치료항목	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회

**나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 임플란트 치료를 받는 경우
[최초계약]**

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	90일이하	영구치발거 1개당	-	연간 1회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	임플란트치료 보험금		지급 한도
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회

[보험금 지급 예시1]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 상해로 임플란트 치료를 받는 경우

치료항목	임플란트치료 보험금	
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당	100만원

[보험금 지급 예시2]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 임플란트치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	임플란트치료 보험금	
임플란트 (Implant)	90일 이하	영구치발거 1개당	-
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원

[보험금 지급 예시3]

- 계약일 : 2018년 10월 1일(보험가입금액 100만원 가입)
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 임플란트치료를 받는 경우)

보험금 미지급 (90일 이하)	50%지급 (90일 초과 2년 미만)	100%지급 (2년 이상)
(2018.10.1.) 가입	(2018.12.30) 가입일부터 90일	(2020.10.1.) 가입일부터 2년

- 2019년 12월 1일 치아우식증(충치)을 원인으로 영구치 3개를 뽑은 후 영구치 2개에 대해 2020년 3월 1일에 임플란트치료를 받은 경우
- ▶ 임플란트 보험금 50만원(1개 × 100만원 × 50%)

[보험금 지급 예시4]

- 계약일 : 2018년 10월 1일
 (* “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 임플란트치료를 받는 경우)

발거 시기	(사례1) 2018.12.1. 영구치 1개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2) 2020.6.5. 영구치 2개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2-1) 2020.11.5. 1개 임플란트 치료받음 (2020.6.5.에 발거한 영구치 중 치료받지 않은 영구치)
보장	보험금 미지급	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개만 보장)	보험금 미지급 (연간한도초과)

- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2018.12.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 90일 이하) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2020.6.5.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급함.
- 2020년 10월 1일 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 보험가입금액을 지급함.

2 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

3 제1항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치료치료확인서 상의 발거일)로 합니다.

4 피보험자가 동일한 상태 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 임플란트치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

5 제1항에서 “임플란트치료”란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 영구치를 발거하고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트(Implant) 치료를 받는 경우를 말하며 임플란트(Implant)의 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 임플란트치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “임플란트 치료”가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료일 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 “임플란트 치료”에 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 7. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
 8. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
 9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
11. 라미네이트 등 미용상의 치료
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 클라이머 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사가 정한 양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 임플란트치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제33조(의료기관)【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- ② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-16. 특정임플란트치조골이식술치료비(상해및질병)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 발거”라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

- ⑤ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑥ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대체하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(“특정 임플란트 치조골 이식술 치료”의 정의)

“특정 임플란트 치조골 이식술 치료”라 함은 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))의 치료를 직접적인 목적으로 치과의사에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 “영구치 발거” 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 “임플란트”를 시술할 목적으로 치조골(잇몸뼈)이 부족하다고 판단되어 이식재료 (자가골, 동종골, '이종골, '합성골 등)를 이용하여 치조골(잇몸뼈)을 이식하는 시술로서 아래에 정한 골이식(BBG, Block Bone Graft), 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) 및 상악동거상술(SL, Sinus Lifting)을 말합니다.

치료항목	정의
골이식술 (BBG, Block Bone Graft)	골이식재를 치조골(잇몸뼈)이 부족한 부위에 이식하여 뼈를 형성해주는 방법을 말합니다.
골유도재생술 (GBR, Guided Bone Regeneration)	뼈를 이식하고 그 공간에 잇몸 등의 다른 조직들이 차오르지 않고 뼈가 충분한 시간적 여유를 가지고 차오를 수 있도록 막을 씌워 골 재생을 유도하는 시술을 말합니다.
상악동거상술 (SL, Sinus Lifting)	상악 어금니 부위의 임플란트 시술에 적용되는 시술로서 상악동을 상부로 밀어올려 그 곳에 골이식을 하는 방법을 말합니다. 측면에서 치조골(잇몸뼈)을 둥그랗게 뚫어 접근하는 방법과 임플란트가 식립될부분에 상악동을 밀어넣어 접근하는 방법이 있습니다.

[임플란트]

점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 “영구치 발거” 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 “임플란트” 시술을 받기 위해 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료”를 받은 경우에는 영구치 발거 1개당 아래의 금액을 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료비”로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당 영구치를 발거한 부위에 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료”를 받고 “임플란트” 시술을 받은 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

가. 상해로 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받는 경우

치료항목	특정 임플란트 치조골 이식술 치료비		지급 한도
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받는 경우
 [최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	특정 임플란트 치조골 이식술 치료비		지급 한도
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	90일이하	영구치발거 1개당	-	한도 없음
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	특정 임플란트 치조골 이식술 치료비		지급 한도
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

[보험금 지급 예시1]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 상해로 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받은 경우

치료항목	특정 임플란트 치조골 이식술 치료비	
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	영구치발거 1개당	100만원

[보험금 지급 예시2]

- 보험가입금액 100만원 가입 후 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	특정 임플란트 치조골 이식술 치료비	
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	90일 이하	영구치발거 1개당	-
	90일 초과 2년 미만		50만원
	2년 이상		100만원

[보험금 지급 예시3]

- 계약일 : 2018년 10월 1일(보험가입금액 100만원 가입)

(※ “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받는 경우)

보험금 미지급 (90일 이하)	50%지급 (90일 초과 2년 미만)	100%지급 (2년 이상)
(2018.10.1.) 가입	(2018.12.30) 가입일부터 90일	(2020.10.1.) 가입일부터 2년

□ 2019년 12월 1일 치아우식증(충치)을 원인으로 영구치 3개를 뽑은 후 영구치 2개에 대해 2020년 3월 1일에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받은 경우

▶ 특정 임플란트 치조골 이식술 치료비 100만원(2개 × 100만원 × 50%)

[보험금 지급 예시4]

- 계약일 : 2018년 10월 1일

(※ “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받는 경우)

발거 시기	(사례1)2018.12.1. 영구치 1개 발거후 1개 특정 임플란트 치조골 이식술 치료	(사례2) 2020.6.5. 영구치 2개 발거후 1개 특정 임플란트 치조골 이식술 치료	(사례2-1)2020.11.5. 1개 특정 임플란트 치조골 이식술 치료 (2020.6.5.에 발거한 영구치 중 치료받지 않은 영구치)
보장	보험금 미지급	50%지급 (특정 임플란트 치조골 이식술 치료한 영구치 1개만 보장)	50%지급 (특정 임플란트 치조골 이식술 치료한 영구치 1개 보장)

- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2018.12.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 90일 이하) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2020.6.5.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급함.
- 2020년 10월 1일 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 보험가입금액을 지급함.

2 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

- 3 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료”를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.
- 4 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 할 경우, 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과의사 면허를 가진 자로부터 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료”가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료일 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료”에 한하여 보험금을 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 보험금의 지급사유에서 정한 해당 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
6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
7. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
8. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
9. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우. 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
 11. 라미네이트 등 미용상의 치료
 12. 골분할술(Ridge split technique), 골신장술(Distracted osteogenesis) 등 제2조(“특정 임플란트 치조골 이식술 치료”의 정의)에서 정하지 않은 시술
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 손해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사가 정한 양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 3. 특정 임플란트 치조골 이식술 치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 4. 진료비계산서
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

② 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-17. 주요치주질환(잇몸질환)치료비(갱신형) 특별약관

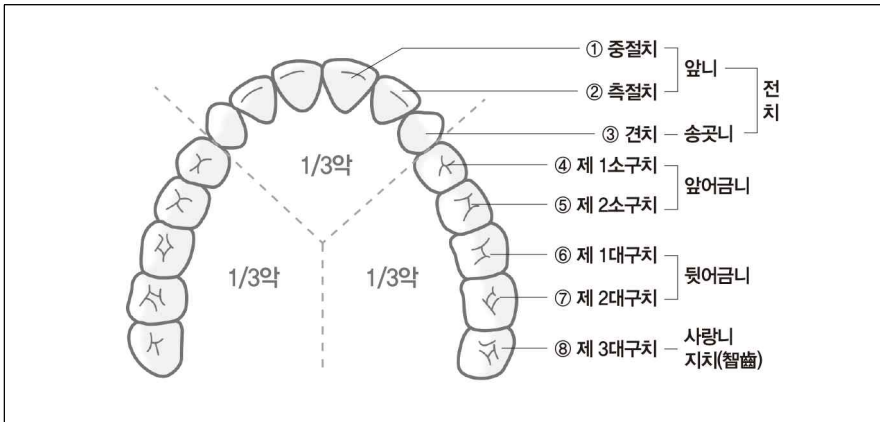
제1조("주요치주질환(잇몸질환) 치료"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "주요치주질환(잇몸질환) 치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치주질환(잇몸질환)치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「주요치주질환 급여 인정 기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서, 아래의 진료행위를 말합니다.
 - 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류

구분	분류번호	지급기준
치주소파술	U1010	1/3약당 지급
치은신부착술	U1020	
치은성형술	U1030	
치은절제술	U1040	
치은박리소파술	U1051	
가. 간단	U1052	
나. 복잡		
치근면처치술	U1060	치료1회당 지급
치조골결손부 골이식술	U1071	
가. 동종골, 이종골, 합성골 이식의 경우		
나. 자가골이식의 경우[채취 포함]	U1072	
조직유도재생술	U1081	
가. 골이식을 동반하지 아니한 경우		
나. 골이식을 동반한 경우	U1082	
(1) 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우		
(2) 자가골이식의 경우[채취 포함]	U1083	
조직유도재생막 제거술	U1090	
치은축방변위편막술, 치관변위편막술	U1100	
치은이식술	U1110	

치관분리술	UX102	치료치아1개당 지급
치근절제술 가. 선택적치근절제술 나. 치아반축절제술	U1131 U1132	
치관확장술 가. 치은절제술 나. 근단변위판막술 다. 근단변위판막술 및 치조골삭제술	UY101 UY102 UY103	

- ② 이 특별약관에 있어서 1/3악이란 치아전체[상악(윗니), 하악(아랫니)]를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로서 1인당 6개의 1/3악을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.



- ③ 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 「주요치주질환 급여 인정 기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.
- ④ 제1항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 제1항의 주요치주질환(잇몸질환) 치료 외에 「주요치주질환 급여 인정 기준」에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 제1조("주요치주질환(잇몸질환) 치료"의 정의)에서 정한 "주요치주질환(잇몸질환) 치료"를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 주요치주질환(잇몸질환)치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 주요치주질환(잇몸질환) 치료는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조에서 규정한 국내의 치과병의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치료를 받은 경우에 한합니다.
- ③ 동일한 잇몸부위에 주된 수술과 이에 수반되는 부수적인 수술로 두 가지 이상의 "주요치주질환(잇몸질환) 치료"를 동시에 실시한 경우에는 주된 수술 치료에 대해서만 보장합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제2조(보험금의 지급사유)의 제1항에서 정한 주요치주질환(잇몸질환) 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 주요치주질환(잇몸질환) 치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 보험금의 지급사유에서 정한 해당 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
6. 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우
7. 라미네이트 등 미용상의 치료

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 다. 진료내용
 - 라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
3. 진료비계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부가관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제3호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】참조에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급 사유)의 “주요치주질환(잇몸질환) 치료”에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-18. 자동차사고치아보철발생금(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “자동차사고”에 의한 상해의 직접 결과로써 “치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우”에는 치아보철치료가 필요한 치아 1개당 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고치아보철발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- 제1항의 “자동차사고”라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

자동차사고의 범위	피보험자가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우	피보험자가 비운전자인 경우
1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 사고	보장대상	해당없음
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고	보장대상	보장대상
3. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않을 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고	보장대상	보장대상

- 제1항의 “치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우”라 함은 자동차사고 부상 등급표(별표3) 참조에서 정한 5급 32항, 6급 31항, 7급 26항, 8급 25항, 9급 19항, 10급 9항, 11급 5항, 12급 7항, 13급 4항, 14급 4항에 해당되는 경우를 말합니다.
- 제1항에서 “치아보철치료”라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 의치(틀니) 및 임플란트 등을 말합니다.
- 제2항에서 “자동차”라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(부록) 참조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(부록) 참조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)이하 9중 건설기계라 합니다. 다만, 9중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동 안은 자동차로 보지 않습니다.
- 제2항의 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 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, 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상태 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 탑승(운전을 포함합니다)
 2. 하역작업
 3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업
 4. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

제3조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받은 경우 자동차보험 지급결의서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서 중 진단서는 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항〔부록〕 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-19. 치아치료보장(발치, 영구치상실, 보철, 치조골이식술)(갱신형) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

- ① “자연치”라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
- ② “영구치”라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치(아와스치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ③ “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
- ④ “영구치 발거”라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ⑤ “영구치 상실(喪失)”이라 함은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환), 외상 등에 의하여 영구치가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거(拔去)한 경우를 말합니다.
- ⑥ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
- ⑦ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로서, 가철성의치(틀니,

Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조("발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 발치치료가 필요하다고 인정한 기준(이하 「발치치료 급여인정 기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서, 아래의 진료행위를 말합니다.

- 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류

구분		분류번호
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	유치(Deciduous Tooth)	U4411
	전치(Anterior Tooth)	U4412
	구치(Posterior Tooth)	U4413
정교한 발치 (부분적으로 매복된 치아)	난발치(Complicated Extraction)	U4414
	단순매복치(Simple)	U4415
	복잡매복치[치아분할술을 실시한 경우](Complex)	U4416
완전매복 발치	완전매복치[치관이 2/3 이상 치조골 내에 매복된 치아의 골절제와 치아 분할술을 동시에 시행한 경우](Complete)	U4417

② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "발치(단순, 정교, 완전매복치) 치료"의 정의에 정한 발치치료 외에 「발치치료 급여인정 기준」에 해당하는 발치치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

[발치(拔牙)]	
치아를 제거하는 외과적 처치로서, 아래에서 정한 단순발치, 정교한 발치 및 완전매복 발치를 말합니다.	
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	정상 맹출된 치아를 제거하는 치료술식으로 발치겸자 등의 기구를 활용하지만 잇몸 절개, 치아분할 또는 골삭제 등을 하지 않고 정상 발치하는 경우를 말합니다.
정교한 발치 (부분적으로 매복된 치아)	발치할 치아가 치조골에 부분적으로 매복되어 있는 경우 또는 파절된 치아를 제거하기 위한 시술이며 단순 발치가 불가능한 경우를 말합니다.
완전매복 발치	치관의 2/3 이상이 치조골 또는 악골내에 매복된 경우이며 골삭제와 치아분할술이 필요한 치료술식을 말합니다.

제3조("치아보철치료"의 정의)

이 특별약관에서 "치아보철치료"란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 영구치를 발거하고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 받는 경우를 말하며 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치 및 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의로 구강 내에서 빼고 걸 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결합 조직 및 하부골 조직)에 의해 지지를 받습니다.
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구 정착 되는 인공 보철물을 말합니다.
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

제4조("특정 임플란트 치조골 이식술 치료"의 정의)

이 특별약관에서 "특정 임플란트 치조골 이식술 치료"라 함은 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))의 치료를 직접적인 목적으로 치과외사에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 "영구치의 발거" 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 "임플란트"를 시술할 목적으로 치조골(잇몸뼈)이 부족하다고 판단되어 이식재료 ('자가골', '동종골', '이종골', '합성골' 등)를 이용하여 치조골(잇몸뼈)을 이식하는 시술로서 아래에 정한 골이식(BBG, Block Bone Graft), 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) 및 상악동거상술(SL, Sinus Lifting)을 말합니다.

치료항목	정의
골이식술 (BBG, Block Bone Graft)	골이식재를 치조골(잇몸뼈)이 부족한 부위에 이식하여 뼈를 형성해주는 방법을 말합니다.
골유도재생술 (GBR, Guided Bone Regeneration)	뼈를 이식하고 그 공간에 잇몸 등의 다른 조직들이 차오르지 않고 뼈가 충분한 시간적 여유를 가지고 차오를 수 있도록 막을 씌워 골 재생을 유도하는 시술을 말합니다.
상악동거상술 (SL, Sinus Lifting)	상악 어금니 부위의 임플란트 시술에 적용되는 시술로서 상악동을 상부로 밀어올려 그 곳에 골이식을 하는 방법을 말합니다. 측면에서 치조골(잇몸뼈)을 동그랗게 뚫어 접근하는 방법과 임플란트가 식립될부분에 상악동을 밀어넣어 접근하는 방법이 있습니다.

[임플란트]

점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"를 받은 경우에는 치료 항목별로 아래의 발치치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"를 받는 경우

치료항목	발치치료 보험금	
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 0.5%
정교한 발치 (부분적으로 매복된 치아)	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 1%
완전매복 발치	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 2%

나. 질병으로 "발치(단순, 정교, 완전매복) 치료"를 받는 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	발치치료 보험금	
		치아당	보험금
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	90일이하	치아당	-
	90일초과		이 특별약관 보험가입금액의 0.5%
정교한 발치 (부분적으로 매복된 치아)	90일이하	치아당	-
	90일초과		이 특별약관 보험가입금액의 1%
완전매복 발치	90일이하	치아당	-
	90일초과		이 특별약관 보험가입금액의 2%

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 영구치를 상실했을 때에는 상실된 영구치 1개당 아래의 영구치상실발생금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 영구치를 상실했을 경우

구분	지급금액	
영구치상실발생금	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 10%

나. 질병으로 영구치를 상실했을 경우

구분	보험계약일로부터 경과기간	지급금액	
		치아당	보험금
영구치상실발생금	90일이하	치아당	-
	90일초과		이 특별약관 보험가입금액의 10%

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 치아보철치료를 받고 해당 치아보철치료를 받은 경우 치료항목별로 아래의 영구치보철치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

가. 상해로 치아보철치료를 받는 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	한도 없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우
[최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성인지 (틀니, Denture)	90일이하	보철물당	-	연간 1회
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	90일이하	영구치발거 1개당	-	한도 없음
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 25%	
	2년이상		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
임플란트 (Implant)	90일이하	영구치발거 1개당	-	한도 없음
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액	

[갱신계약]

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급 한도
가철성인지 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	한도 없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

- 4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 “영구치 발거” 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 “임플란트” 시술을 받기 위해 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료”를 받은 경우에는 영구치 발거 1개당 아래의 금액을 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료비”로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당 영구치를 발거한 부위에 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료”를 받고 “임플란트” 시술을 받은 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

가. 상해로 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받는 경우

치료항목	특정 임플란트 치조골 이식술 치료비		지급 한도
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	영구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 20%	한도 없음

나. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받는 경우
[최초계약]

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	특정 임플란트 치조골 이식술 치료비		지급 한도
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	90일이하	영구치발거 1개당	-	한도 없음
	90일초과 2년미만		이 특별약관 보험가입금액의 10%	
	2년이상		이 특별약관 보험가입금액의 20%	

[갱신계약]

치료항목	특정 임플란트 치조골 이식술 치료비		지급 한도
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	연구치발거 1개당	이 특별약관 보험가입금액의 20%	한도 없음

- 5) 제3항과 제4항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 진단확정된 질병으로 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 각 분류번호별 정의는 【별표2】 “치아관련 질병 분류번호별 정의”와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위 조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

- 6) 제3항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치과 치료확인서 상의 발거일)로 합니다.

- 7) 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 제3항의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다..

[예시]

□ 피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

- 8) 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보철치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제3항에 따라 보험금을 지급합니다.

- 9) 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 “특정 임플란트 치조골 이식술 치료”를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.

- 10) 피보험자가 보장개시일 이후 연구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 연구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 치아보철치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

- 11) 피보험자가 보장개시일 이후 연구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 연구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 할 경우, 보험금을 지급합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 치과 의사 면허를 가진 자로부터 제5조(보험금의 지급사유)의 제1항 내지 제4항에서 정한 치과치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 해당 치과치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 단, 제5조(보험금의 지급사유)의 제3항의 치아보철치료의 경우에는 이 특별약관의 보험기간종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1) 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 발치치료 보험금의 경우, 치열교정, 양악수술 등 미용상의 치료를 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제5조(보험금의 지급사유) 제2항의 영구치상실발생금의 경우, 회사는 아래의 사유를 원인으로 영구치를 발거(拔去)하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
 2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거한 경우
 3. 맹출장애 : 부분 매복되었거나, 완전 매복되어 발거한 경우
- ⑤ 제5조(보험금의 지급사유) 제3항의 영구치보철치료 보험금의 경우, 회사는 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 2. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
 3. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
 4. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우, 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 "치아관련 질병 분류번호별 정의"와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

5. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
6. 라미네이트 등 미용상의 치료
- ⑥ 제5조(보험금의 지급사유) 제4항의 특정 임플란트 치조골 이식술 치료비의 경우, 회사는 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
 2. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
 3. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
 4. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우, 이 때 각 분류번호별 정의는 【별표2】 "치아관련 질병 분류번호별 정의"와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
5. 치아열굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

- 치열교정 준비 등 다른 치료와 관련하여 임시 치과 치료를 한 경우
- 라미네이트 등 미용상의 치료
- 골분할술(Ridge split technique), 골산장술(Distractor osteogenesis) 등 제4조(“특정 임플란트 치조골 이식술 치료”의 정의)에서 정하지 않은 시술

제8조(보험금의 청구)

- 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - 청구서(회사양식)
 - 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
 - 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
 - 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
 - 진료내용
 - 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
 - 치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
 - 진료비계산서
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 내지 제4호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)〔부록〕 참조에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 제5조(보험금의 지급사유) 제2항 내지 제4항의 치과치료관련 증명서는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 증명서를 포함합니다.

제9조(회사의 보장개시)

- 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 질병에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

- 상해에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 - 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 - 상해의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2. 상해관련 특별약관

2-1. 상해사망, 상해사망(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 이 특별약관에서 “사망”이라 함은 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- 2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(특별약관의 소멸)

- 1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 상해사망 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간과 동일하게 적용합니다.
- ② 상해사망(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 상해사망(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-2. 골절(치아파절제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(별표4) 참조에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 골절(치아파절제외)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-3. 골절(치아파절포함)진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 골절분류표(별표5) 참조에서 정한 골절(이하 “골절”이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 골절(치아파절포함)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절포함)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-4. 골절수술비 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- 1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- 2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 골절분류표【별표5】 참조)에서 정한 골절(이하 “골절”이라 합니다)을 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 골절수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 골절수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 7. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-5. 특정상해(머리, 목)수술비 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라

합니다)에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(〔부록〕 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항〔부록〕 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 특정상해(머리,목) 분류표〔별표6〕 참조)에서 정한 특정상해(머리,목)(이하 “특정상해(머리,목)”라 합니다)를 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 특정상해(머리,목)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 특정상해(머리,목)수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 특정상해(머리,목)수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 특정상해(머리,목)수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투약, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중겹수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서[진단서(확정진단명 및 한국표준질병사인분류코드 기재), 수술기록지 또는 수술확인서 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3. 질병관련 특별약관

3-1. 질병사망, 질병사망(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- 1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

- 1 질병사망 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간과 동일하게 적용합니다.
- 2 질병사망(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병사망(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 5-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4. 상해 및 질병관련 특별약관

4-1. 각막이식수술비(1회한) 특별약관

제1조("각막이식수술"의 정의)

이 특별약관에서 "각막이식수술"이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(부록 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(부록 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 장기이식수술해자로서 이 특별약관의 보험기간 중에 "각막이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 각막이식수술비 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-2. 시각장애진단비 특별약관

제1조(“시각장애인”의 정의(관련 법령【부록】 참조))

이 특별약관에서 “시각장애인”이라 함은 「장애인복지법 시행령」 제2조(장애인의 종류 및 기준)에서 기준에 부합하는 시각장애인으로서 「장애인복지법」 제32조(장애인 등록) 제1항에 따라 장애인등록증을 받은 자를 말합니다.

장애인의 종류	기준
시각장애인	가. 나쁜 눈의 시력(한국식 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “시각장애인”이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 시각장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자의 장애가 확정되기 전에 보험기간이 종료된 경우에는 상해발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 고시 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정시기에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 손해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 시각장애진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-3. 청각장애진단비 특별약관

제1조(“청각장애인”의 정의)

이 특별약관에서 “청각장애인”이라 함은 「장애인복지법 시행령」 제2조(장애인의 종류 및 기준)에서 정한 기준에 부합하는 청각장애인으로서 「장애인복지법」 제32조(장애인 등록) 제1항에 따라 장애인등록증을 받은 자를 말합니다.

장애인의 종류	기준
청각장애인	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형기능에 상당한 장애가 있는 사람

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “청각장애인”이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 청각장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자의 장애가 확정되기 전에 보험기간이 종료된 경우에는 상해발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 고시 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정시기에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상태 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 청각장애진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-4. 언어장애진단비 특별약관

제1조("언어장애인"의 정의)

이 특별약관에서 "언어장애인"이라 함은 「장애인복지법 시행령」, 제2조(장애인의 종류 및 기준)에서 정한 기준에 부합하는 언어장애인으로서 「장애인복지법」 제32조(장애인 등록) 제1항에 따라 장애인등록증을 받은 자를 말합니다.

장애인의 종류	기준
언어장애인	음성 기능 또는 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 "언어장애인"이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 언어장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자의 장애가 확정되기 전에 보험기간이 종료된 경우에는 상해발생일 또는 질병의 진단확정일부터

180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 고시 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정시기에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 손해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 언어장애진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-5. 인공와우이식수술비(1회한) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(「부록」 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참

조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 뽑아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(제외 충격파 쇄석술 등)

제2조("인공와우이식수술"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "인공와우이식수술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 보험급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "인공와우의 요양급여 대상"에 해당하는 경우로서, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 인공와우(달팽이관)를 내이에 이식하는 수술을 말합니다.

인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상(15세 이상인 경우) 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 문장언어 평가가 50%이하인 경우를 말합니다. 단, 수술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외합니다.

- ② 제1항에서 「자동차손해배상 보장법」 또는 「산업재해보상보험법」에 의해 처리하여야 하는 사고인 경우, 제1항의 "인공와우이식수술"에 해당하는 경우에는 그 수술도 포함합니다.
- ③ 제1항에서 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」은 「국민건강보험법」 제41조 제2항 및 제3항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조 제1항 관련 별표2 제1호 나목, 제3호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조 제2항에 의하며, 관련 법령 등이 개정되는 경우 회사는 수술 시행 시점에 적용되는 기준을 따릅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "인공와우의 요양급여 대상"이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "인공와우의 요양급여 대상"을 따릅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로서 "인공와우 이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 인공와우이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 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 시

운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 인공와우이식수술비 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

5. 제도성 특별약관

5-1. 보장특약 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 특별약관은 아래의 열거한 특별약관(이하 “보장특약”이라 합니다)의 보험기간 5년만기 자동갱신에 대하여 적용합니다.

특정치석제거(스케일링)치료비(연간1회한,급여)(갱신형), 특정치석제거(스케일링)치료비(연간2회한,급여)(갱신형), 치아영상진단비(X-ray 및 파노라마촬영)(갱신형), 치아충전치료비(상해및질병)(갱신형), 치아크라운치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형), 치아크라운치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치크라운치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형), 발치(단순, 정교, 완전매복)치료비(갱신형), 영구치상실발생금 II (상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비 II (무제한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비 II (연간3회한,틀니1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비 II (연간1회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(무제한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(연간3회한)(상해및질병)(갱신형), 영구치임플란트치료비(연간1회한)(상해및질병)(갱신형), 특정임플란트치조골이식술치료비(상해및질병)(갱신형), 주요치주질환(잇몸질환)치료비(갱신형), 자동차사고치아보철발생금(갱신형), 치아치료보장(발치, 영구치상실, 보철, 치조골이식)(갱신형), 상해사망(갱신형), 골절(치아파절포함)진단비(갱신형), 질병사망(갱신형)

제2조(보장특약의 자동갱신)

1. 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 만기일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 보장특약(이하 “갱신후 보장특약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 이 상품의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위내일 것
 3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
 4. 갱신전 보장특약이 소멸되지 않을 것
2. 갱신후 보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 한다. 다만, 갱신후 보장특약의 만기일이 회사가 정한 기간을 초과할 경우에는 회사가 정한 기간까지의 기간을 갱신후 보장특약 보험기간으로 합니다.
3. 제1항에 따라 갱신전 보장특약이 갱신후 보장특약으로 자동갱신되는 경우, 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
4. 제3항의 알릴 의무에 대하여는 보통약관 제1절, 공통조항 제18조(상해보험계약 후 알릴 의무) 조항을 적용합니다.

제3조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1. 계약자가 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.
2. 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(자동갱신 적용)

1. 회사는 갱신후 보장특약에 대하여 갱신전 보장특약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도

또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 보장특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

- ② 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 보장특약 보험료에 대하여 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장개시는 갱신일 당일 부터 개시됩니다.

제6조(갱신보장특약의 보험기간)

- ① 갱신보장특약의 보험기간은 5년으로 합니다. 다만, 보통약관의 만기나이까지 최종 갱신후 보장특약의 잔여기간이 1~4년인 경우에는 최종 갱신후 보장특약의 보험기간을 잔여기간으로 합니다.
- ② 갱신보장특약에 대한 보장이 끝나는 날은 계약시점에 계약자가 선택한 보통약관의 만기나이의 보험 계약해당일을 초과하지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-2. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가됩니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ④ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 보험기간 중에 피보험자가 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 정한 이륜자동차(1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 축차를 붙인 것과 배기량 125cc이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다))와 배기량이 50cc미만(전기모터 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59kw미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-3. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제1절, 공동조항 제20조(보험계약의 성립)를 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-4. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- ② 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조 제2호【부록】참조에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호【부록】참조에 따른 공인전자서명(이하 “전자서명”이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제22조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야

합니다.

- 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자로 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

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

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- 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.

- 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
- 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
- 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금의 지급절차)

- 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.
- 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- 청구서(회사양식)

2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인판계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-6. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

이 특별약관은 보험업감독규정 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항 및 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하, "법률연계보장"이라 합니다)에 적용됩니다.

제7-55조(생명보험의 사업방법서)

생명보험회사는 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다. <개정 2011.3.22, 2016.4.1>

6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 책임준비금 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다. <신설 2016.4.1>

제7-57조(손해보험의 사업방법서)

- ① 손해보험회사가 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)

- ① 법률연계보장에 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
 1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
 4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ② 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 회사는 계약체결시 계약자에게 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 다음 각 호의 내용을 계약자에게 안내합니다.
 1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음
 2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음
- ⑤ 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경

하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 보험계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

무배당
하얀미소플러스치아보험 II 1904
(세만기형)
별표

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간		지급이자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
만기환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	1년 이내 : 공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
		지급시일 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우	공시이율
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산		보험계약대출이율
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1년 이내 : 공시이율의 50%
			1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 상기 공시이율은 보장성보험 공시이율 V로 적용합니다.

【별표2】 치아관련 질병 분류번호별 정의

대상질병	정의	분류번호
치아의 발육 및 맹출 장애	한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K00(치아의 발육 및 맹출 장애)에 해당하며, 선천적인 치아의 결손이나 덧니, 또는 여러 환경적 요인과 발육 관련 요인에 의해 치아의 개수나 모양이 정상과 다르게 형성된 경우를 말합니다.	K00
매몰치 및 매복치	한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K01(매몰치 및 매복치)에 해당하며, 매몰치는 다른 치아에 의한 폐쇄가 없는데도 맹출되지 못한 치아이며, 매복치는 다른 치아에 의한 폐쇄 때문에 맹출되지 못한 치아를 말합니다.	K01
치아우식 치수 및 근단주위 조직의 질환	한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.	K02 K04
치아경조직의 기타 질환	한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K03(치아경조직의 기타질환)에 해당하며, 치아의 경조직에 질환이 발생한 경우를 말합니다.	K03
치은염 및 치주질환	한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.	K05
잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K06(잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애)에 해당되며, 치은퇴축(잇몸이 내려가서 치아 뿌리가 보이는 것), 치은비대 및 잇몸 및 무치성 치조용기의 병변 및 장애를 말합니다.	K06
치아열굴이상[부정교합포함]	한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K07(치아열굴이상 [부정교합포함])에 해당하는 질병을 말합니다.	K07

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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

(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표 3】 자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 「자동차손해배상보장법 시행령」(이하 “자배법 시행령”이라 합니다) 제3조 제1항 2호와 관련되며, 부상등급의 세부적용기준은 자배법 시행령 [별표1] “상해의 구분과 책임보험금의 한도금액”에서 정한 사항 중 “2.영역별 세부지침”을 준용합니다. 단, 자배법 시행령의 개정에 따라 부상등급의 세부적용기준이 변경된 경우에는 사고 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용하며, 사고발생시점에 자배법 시행령이 변경 또는 폐지되어 아래의 부상등급에 대해 준용할 세부적용기준이 없는 경우, 회사는 변경 또는 폐지 직전의 기준을 적용하여 부상등급을 정합니다.

부상 등급	상해 내용
1급	<ol style="list-style-type: none"> 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 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척추 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척추 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척추 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) 14. 화상·좌창·과사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	<ol style="list-style-type: none"> 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 원

부상 등급	상해 내용
2급	<ul style="list-style-type: none"> 위 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
3급	<ul style="list-style-type: none"> 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 허반신마비를 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 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	<ul style="list-style-type: none"> 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, 내

부상 등급	상해 내용
4급	<p>과 골절, 소두 골절에 적용한다)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 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, 과사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	<ol style="list-style-type: none"> 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 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

부상 등급	상해 내용
5급	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 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 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 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 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 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

부상 등급	상해 내용
6급	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 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 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 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 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 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
8급	<ol style="list-style-type: none"> 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 기흉이 발생하여 폐쇄성 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 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, 가관 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수관절 측부인대 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 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족자골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 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

부상 등급	상해 내용
9급	11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 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 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 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 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 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 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해

부상 등급	상해 내용
	5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

[붙임] 영역별 세부지침

부상 등급	상해 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.
	마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 파편술, 유경 파편술, 원거리 파편술, 국소 파편술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
두부	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수혈액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.
	나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향 조정할 수 있다.
	다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다.
	라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.
	마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 가만히 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.

부상 등급	상해 내용	
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrhythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액 증가조건이 있거나 심장벽 운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세 가지 요구 충족 시 인정한다.	
척추	가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.	
척추	나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.	
	다. 척추 손상으로 인하여 신경근증이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.	
	라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.	
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. 아절단은 완전 절단에 준한다.
		아. 관절 이단의 경우는 상·하부 절단으로 본다.
		자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
		차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.
		카. 사지 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.
		타. 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.
		더. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
		러. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제 불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
		상·공

부상 등급	상해 내용
통	<p>버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.</p>
	<p>서. 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 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.</p>
상 지	<p>가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.</p>
	<p>나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.</p>
	<p>다. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다. 라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골 인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.</p>
하지	<p>가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.</p>
	<p>나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.</p>
	<p>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.</p>
	<p>라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.</p>
	<p>마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.</p>
	<p>바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.</p>
	<p>사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.</p>
	<p>아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.</p>
	<p>자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.</p>
	<p>차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원 수술을 시행한 파열에 적용한다.</p>
<p>카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.</p>	

【별표4】 골절(치아파절제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분 류 번 호
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

- 주) 1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
 2. 위 골절(치아파절 제외) 분류표는 골절(치아파절제외)진단에 적용되는 분류표입니다.

【별표5】 골절분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분 류 번 호
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

- 주) 1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
 2. 위 골절분류표는 골절수술 및 골절(치아파절포함)진단에 적용되는 분류표입니다.

【별표6】 특정상해(머리,목) 분류표

약관에 규정하는 특정상해(머리,목)으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병		분 류 번 호
특정상해 (머리,목)	1. 머리의 손상	S00 - S09
	2. 목의 손상	S10 - S19
	3. 다발성 신체부위를 포함하는 손상 중 - 목과 함께 머리를 침범한 표재성 손상 - 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 표재성 손상 - 목과 함께 머리를 침범한 열린상처 - 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 열린상처 - 목과 함께 머리를 침범한 골절 - 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절 - 목과 함께 머리를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 - 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 - 목과 함께 머리를 침범한 으깬손상 - 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 으깬손상	T00.0 T00.8 ^(*) T01.0 T01.8 ^(*) T02.0 T02.8 ^(*) T03.0 T03.8 ^(*) T04.0 T04.8 ^(*)
	4. 화상 및 부식 중 - 머리 및 목의 화상 및 부식 - 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T20 T26
	5. 동상 중 - 머리의 표재성 동상 - 목의 표재성 동상 - 조직괴사를 동반한 머리의 동상 - 조직괴사를 동반한 목의 동상	T33.0 T33.1 T34.0 T34.1

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

- 주) 1. 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 사항(T00.8, T01.8, T02.8, T03.8, T04.8)은 얼굴, 머리, 목부위와 다른 부위의 상해가 동일사고로 인하여 중복 발생하는 경우에 한하여 보상됩니다.
2. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【부록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2018.12.01.) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

보험업법	164
보험업법 시행령	164
보험업감독규정	166
보험업감독업무시행세칙	166
상법	166
소비자기본법	166
자동차관리법 시행규칙	168
의료법	170
전자서명법	172
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	172

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.

가. 국가

나. 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융기관

라. 주권상장법인

마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

보험업법 시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체

2. 주권상장법인

3. 제2항제15호에 해당하는 자

4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사

2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사

3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회

4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회

5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회

6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회

7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회

8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회

9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사

10. 「은행법」에 따른 은행

11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 경영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사

12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행

13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행

14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행

15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체

2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자

3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체

4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국

자산관리공사

5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운영하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

13. "평균공시이율"이란 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자

보험업감독업무시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도말까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

1. 평균공시이율은 감독규정 제6-12조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약이 체결되는 연도의 이율을 전보험기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
 - 가. 회사별 공시이율은 매월말 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
 - 나. 평균공시이율은 회사별 공시이율을 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
2. 제1호에 의한 공시이율은 9월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구 분	평균공시이율
2019년	2.5%

상법

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

소비자기본법

제70조(단체소송의 대상 등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익 침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록된 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
 - 나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것

- 다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
- 2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
- 3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
- 4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
 - 나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동 실적이 있을 것
 - 다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
 - 라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
승용 자동차	배기량이 1000cc미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc미만인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이상 2,000cc미만이거나 길이·너비·높이중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과 하는 것
승합 자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 15인이하인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이중 어느하나라도 소형을 초과하여 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인상이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하여 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤이하인 것으로서, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 1,000cc미만으로서 길이 3.6미터·너비1.6미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50cc미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하 (최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량(기타형에만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260cc (최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실내에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
승합 자동차	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
	일반형	주목적이 여객운송용인 것
화물 자동차	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
특수 자동차	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
이륜 자동차	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비교

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
 - 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
 - 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
 - 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
 - 나. 이륜자동차(법 제3조제1항 제5호)의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차" : 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차를 포함한다.
 - 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 아니하는 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
 - 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른

- 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
- 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
- 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

의료법

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임부(妊婦)·해산부(解産婦)·산욕부(産褥婦) 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
- ④ 삭제 <2009.1.30.>

- ⑤ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑥ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑦ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑧ 삭제 <2009.1.30.>

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 - 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 “평가인증기구”라 한다)의 인증(이하 “평가인증기구의 인증”이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 - 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 - 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 - 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 - 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 - 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 - 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 - 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"라 함은 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는 데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있을 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있을 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것
4. "전자서명생성정보"라 함은 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
5. "전자서명검증정보"라 함은 전자서명을 검증하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
6. "인증"이라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
7. "인증서"라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
8. "공인인증서"라 함은 제15조의 규정에 따라 공인인증기관이 발급하는 인증서를 말한다.
9. "공인인증업무"라 함은 공인인증서의 발급, 인증관련 기록의 관리등 공인인증영무를 제공하는 업무를 말한다.
10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증영무를 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.
11. "가입자"라 함은 공인인증기관으로부터 전자서명생성정보를 인증받은 자를 말한다.
12. "서명자"라 함은 전자서명생성정보를 보유하고 자신이 직접 또는 타인을 대리하여 서명을 하는 자를 말한다.
13. "개인정보"라 함은 생존하고 있는 개인에 관한 정보로서 성명·주민등록번호 등에 의하여 당해 개인을 알아볼 수 있는 부호·문자·음성·음향·영상 및 생체특성 등에 관한 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없는 경우에도 다른 정보와 용이하게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와

기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가. 암

나. 후천성면역결핍증

다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화

마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.

5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기 환자등"이라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자등을 직접 진료하는 의사를 말한다.

8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

① 보건복지부장관은 말기환자등을 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 "호스피스전문기관"이라 한다)에 대하여 제 29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.