

무배당 알파Plus보장보험2002

메리츠화재해상보험주식회사

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내문

개인신용정보는 반드시 고객님의 동의를 얻은 후 타인에게 제공 및 활용하고 있습니다.

고객님께서서는 제공된 정보의 열람을 청구할 수 있으며, 활용 중단을 신청할 수 있습니다.

1. 금융서비스의 이용

고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의 여부와 관계없이 이용할 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품 서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 개인신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회 요구

고객은 「신용정보법」 제35조에 따라 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 마케팅 목적으로 이용·제공한 경우 이용·제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보법」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인 정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보법」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사

안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

- 신청자 제한 : 마케팅 목적의 이용·제공 동의철회는 즉시 가능하며, 단, 보험계약 체결·유지·관리 이행을 위한 동의는 체결 계약의 유지·관리를 위한 필수 동의사항으로 사안에 따라 철회가 불가할 수도 있습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보법」 제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리 결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보법」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처

- NICE신용평가정보(주)
 - 전화 : 02-2122-4000, 홈페이지 : <http://www.nice.co.kr>
- SCI평가정보(주)
 - 전화 : 02-3445-5000, 홈페이지 : <http://www.sci.co.kr>
- 코리아크레딧뷰로(주)
 - 전화 : 02-708-6000, 홈페이지 : <http://www.kcb4u.com>

바. 본인정보의 삭제 요구

고객은 「신용정보법」 제38조의3에 따라 보험거래종료 후 5년 경과한 경우 본인정보를 삭제요구 하실 수 있습니다.

- * 보험거래종료일은 1) 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2) 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.
- * 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우, 보험금 지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com> > 본인인증센터 > 개인정보보호 > 개인신용정보관리

3. 본인정보 유출시 피해 보상

고객은 금융회사의 귀책사유로 인한 본인정보 유출로 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받을 수 있습니다.

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

- 연락처

- 당사 개인신용정보보호 담당자 :
02-3786-2551 / 서울시 강남구 강남대로 382
- 손해보험협회 개인신용정보보호 담당자 :
02-3702-8500 / 서울 종로구 종로5길 68, 6층
- 금융감독원 개인신용정보보호 담당자 :
금융민원센터 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38

메리츠금융그룹 고객정보 취급방침

메리츠금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객 여러분께 깊은 감사를 드립니다.

메리츠금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

■ 금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

- ① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 “금융거래정보”라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보(이하 “개인신용정보”라 한다)를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 “고객정보제공절차”라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 제공할 수 있는 정보의 범위
 2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
 3. 고객정보의 분리 보관
 4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
 5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
 6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- ② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 “증권총액정보등”이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 예탁한 금전의 총액
 2. 예탁한 증권의 총액
 3. 예탁한 증권의 종류별 총액
 4. 채무증권의 종류별 총액
 5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의

종류별 총액

6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 메리츠금융그룹은 메리츠금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할 지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

1. 제공되는 고객정보의 종류

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보
 - 가. 특정 신용정보주체를 식별할 수 있는 정보 : 생존하는 개인의 성명, 주소, 주민등록번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 성별, 국적 및 직업 등
 - 나. 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보 : 대출, 보증, 담보제공, 당좌거래(가계당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여와 금융거래 등 상거래와 관련하여 그 거래의 종류, 기간, 금액 및 한도 등에 관한 사항
 - 다. 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보 : 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연체, 부도, 대위변제, 대지급과 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위와 관련된 금액 및 발생·해소의 시기 등에 관한 사항
 - 라. 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보 : 개인의 직업·재산·채무·소득의 총액 및 납세실적
 - 마. 그 밖에 정보 : 법원 또는 공공기관의 재판·결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록 관련 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매하고자 하는

위탁자가 위탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보

- 가. 위탁한 금전의 총액
- 나. 위탁한 증권의 총액
- 다. 위탁한 증권의 종류별 총액
- 라. 채무증권의 종류별 총액
- 마. 수익증권으로서 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
- 바. 위탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 고객정보의 제공처

메리츠금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 메리츠금융지주회사, 메리츠화재, 메리츠종금증권, 메리츠캐피탈, 메리츠자산운용, 메리츠대체투자운용입니다.

III. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

메리츠금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

- ① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영 관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
- ② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.
- ③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
- ④ 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.(단, 금융지주회사감독규정에서 정한 고객정보관리인의 승인 의무를 적용받지 않는 사항은 제외)
- ⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄 관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.
- ⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정시 2

개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함) 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.

- ⑦ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.
- ⑧ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격·침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에게 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

메리츠금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

메리츠금융그룹

메리츠금융지주	고객정보관리인
메리츠화재	고객정보관리인
메리츠종금증권	고객정보관리인
메리츠캐피탈	고객정보관리인
메리츠자산운용	고객정보관리인
메리츠대체투자운용	고객정보관리인

보험금 지급절차 안내장

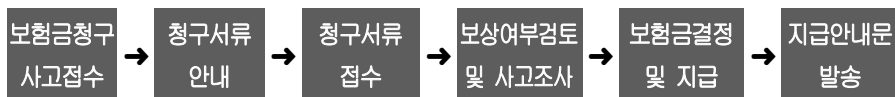
■ 보험금 청구 관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금 청구서류는 「보험금 청구서류 안내장」을 참조하기 바랍니다.

■ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 메리츠화재보험회사에 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정되며 SMS를 통해 담당자 성명과 연락처가 통보됩니다.
- 서류발송 전 문의사항 및 보상담당 부서, 담당자 연락처 등은 당사 고객센터(TEL: 1566-7711)로 문의하시기 바랍니다.
(상담가능시간: 09시~18시)

[보험금 지급절차]



■ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
(손해사정법인: 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체)
- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 **메리츠화재보험회사**가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담합니다.

■ 의료심사

- 상해 · 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며 이 경우 비용은 메리츠화재보험회사가 부담합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 **비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급**할 수 있습니다.
- 비례보상과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 **청구 관련 구비서류 제출을 대행**해드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 **개인정보 활용에 동의**하셔야 합니다.

■ 보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소로 **보험금지급안내문**이 발송 됩니다.
- 메리츠화재보험회사 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하시면 **계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인**하실 수 있습니다. (공인인증서가 있는 경우에만 홈페이지를 통한 확인이 가능합니다)

■ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 **3차 의료기관에서 진단을 요청**드리며 병원 진단전에 보상담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

■ 보험금 청구 소멸시효

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

■ 재심사 청구

- 메리츠화재보험회사의 **보험금 비지급 결정 및 보험금 결정액에 동의** 하시지 않는 경우 메리츠화재보험회사 소비자보호센터로 통보하시면 **재심사를 받으실 수** 있습니다.
 - ✓ 인터넷 접수: 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청
 - ✓ 우편 접수: 서울시 영등포구 국제금융로 2길 11
메리츠화재 소비자보호센터
 - ✓ 전화 상담: 1566-7711(ARS 5번 → 재심사청구문의)

안내말씀

귀하께서는 저희 메리츠화재해상보험(주)와 보험계약을 체결하셨습니다.

현대 사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

유의사항

특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 보장됩니다.

보험품질보증제 시행

저희 회사에서는 보험계약시 청약서 자필서명, 약관 및 청약서 부분전달, 상품의 주요내용 설명을 이행하지 아니하였을 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 이의를 제기하시고 그 사실이 인정되면 납입하신 보험료와 청약일로부터 실제 지급일까지의 경과기간에 대한 보험계약대출이율을 더한 금액을 환불하여 드립니다.

보험관련 민원상담 및 분쟁조정 안내

보험계약, 보상 관련 및 보험금 지급 등에 관하여 불만사항이 있으실 경우, 저희 회사에 이의를 제기하여 주시면, 신속하고 정확하게 처리하도록 하겠습니다. 감사합니다.

*전화 : 메리츠화재 민원상담 02-6464-3535(3522)

*홈페이지 : www.meritzfire.com > 소비자보호광장



보험 주요 민원 사례



알릴 의무

P씨는 대수롭지 않은 치료라는 생각으로 가입 전 병원 진료에 대해 알리지 않고 가입하였다가 추후 보상시 면책 안내되어 불만 제기

유의 사항

계약전 알릴의무는 상법 제 651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 임의 판단으로 누락시에는 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

자필서명 미이행

A씨는 지인인 B설계사의 설명을 듣고 남편을 피보험자로 하여 보험가입을 원했으나 남편 설득이 여의치 않자 A씨가 피보험자 서명을 대필하여 보험가입하였고 추후 보상시 문제가 될 수 있다는 내용을 인지하고 불만 제기

유의 사항

피보험자의 서면동의를 받지 않으면 보상시 불이익이 있을 수 있으므로, 반드시 피보험자의 동의를 받으셔야 합니다.

주요설명 미이행

P씨는 갱신 담보 보험료 인상에 대한 설명을 듣지 못했는데 과도하게 인상됐다고 불만 제기

유의 사항

갱신행특약의 보험료는 갱신도래시 연령증가, 손해율, 의료수가 상승 등에 따라 일반적으로 증가 할 수 있습니다. 가입 전 고객님의 안내드리는 가입설계서 상의 갱신행특약 예상보험료는 가입시점 기준으로 고객님의 이해를 돕기위한 자료임으로 가입전 참고해 주시기 바랍니다.



계약 유지

K씨는 설계사에게 피보험자 변경을 해달라고 말해놓고 잊고 있었다가 추후 누락된 사실을 인지하고 불만 제기

유의 사항

계약의 변경은 반드시 서면으로 요청하셔야 하며, 변경 내용에 대해 증권 또는 배서승인서 등을 통해 확인하셔야 합니다.



K씨는 직업이 변경되어 보험사에 통지하였으나 직업의 위험도가 변경되어 현재 계약의 보험료 및 담보가 변경됨을 안내받고 불만 제기

유의 사항

표준약관(상해보험 계약 후 알릴의무)에 근거하여 직업 급수(위험도)에 따라 보험료의 증액을 청구하거나 계약의 해지 등 가입조건이 변경될 수 있습니다.

민원사례를 꼼꼼히 읽고
유의사항을 명심하세요~!



목 차

가입자 유의사항	27
주요내용 요약서	31
보험용어 해설	37

무배당 알파Plus보장보험2002 보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의	41
제1조(목적)	41
제2조(용어의 정의)	41
제2관 보험금의 지급	44
제3조(보험금의 지급사유)	44
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	44
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	45
제6조(보험금 지급사유 등의 통지)	46
제7조(보험금 등의 청구)	46
제8조(보험금의 지급절차)	47
제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항)	48
제10조(만기환급금의 지급)	49
제11조(보험금 받는 방법의 변경)	50
제12조(주소변경통지)	50
제13조(보험수익자의 지정)	50
제14조(대표자의 지정)	50
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	51
제15조(계약 전 알릴 의무)	51
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)	52
제17조(알릴 의무 위반의 효과)	54
제18조(사기에 의한 계약)	55
제4관 보험계약의 성립과 유지	55
제19조(보험계약의 성립)	55
제20조(청약의 철회)	57
제21조(약관교부 및 설명의무 등)	58
제22조(계약의 무효)	59
제23조(계약내용의 변경 등)	61
제24조(보험나이 등)	62
제25조(계약의 소멸)	62

제5관 보험료의 납입	63
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	63
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	64
제27조의1(보험료의 납입면제)	64
제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)	65
제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)	67
제28조(보험료의 자동대출납입)	70
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	71
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	72
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	72
제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	73
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	73
제33조(중대사유로 인한 해지)	74
제34조(회사의 파산선고와 해지)	74
제35조(해지환급금)	74
제36조(보험계약대출)	74
제37조(배당금의 지급)	75
제38조(중도인출)	75
제7관 분쟁의 조정 등	76
제39조(분쟁의 조정)	76
제40조(관할법원)	76
제41조(소멸시효)	76
제42조(약관의 해석)	76
제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	77
제44조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	77
제45조(회사의 손해배상책임)	78
제46조(개인정보보호)	78
제47조(준거법)	78
제48조(예금보험에 의한 지급보장)	78

무배당 알파Plus보장보험2002 특별약관

I. 상해 관련 특별약관	83
1. 일반상해사망보장 특별약관	83
2. 일반상해사망보장 추가특별약관	85
3. 운전자용 교통상해사망보장 특별약관	87
4. 비운전자용 교통상해사망보장 특별약관	90
5. 운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	93

6. 비운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	96
7. 일반상해80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관	99
8. 일반상해50%이상후유장해 생활자금보장 특별약관	101
9. 화상진단비보장 특별약관	103
10. 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관	104
11. 화상수술비보장 특별약관	105
12. 골절수술비보장 특별약관	107
13. 운전자용 교통상해 골절진단비보장 특별약관	109
14. 비운전자용 교통상해 골절진단비보장 특별약관	111
15. 운전자용 교통상해 골절수술비보장 특별약관	113
16. 비운전자용 교통상해 골절수술비보장 특별약관	116
17. 중증화상및부식진단비보장 특별약관	119
18. 중대한특정상해수술비보장 특별약관	121
19. 상해흉터복원수술비보장 특별약관	124
20. 상해수술비보장 특별약관	126
21. 상해수술비보장 추가특별약관	129
22. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	132
23. 일반상해입원일당(1일이상)보장 추가특별약관	134
24. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	136
24-1. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관	140
25. 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	142
26. 운전자용 자동차사고부상치료비보장 특별약관	145
27. 비운전자용 자동차사고부상치료비보장 특별약관	148
28. 강력범죄피해(일상생활중)보장 특별약관	151
29. 안전사고피해치료비보장 특별약관(폭력치료비, 유괴·인신매매피해치료비)	153
30. 일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)보장 특별약관	156
31. 5대골절진단비보장 특별약관	161
32. 5대골절수술비보장 특별약관	162
33. 자동차사고 성형수술비보장 특별약관	164
34. 갱신형 일반상해사망보장 특별약관	166
35. 대중교통이용중 교통상해사망보장 특별약관	168
36. 자전거탑승중 상해사망보장 특별약관	170
37. 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관	172
38. 일반상해50%이상후유장해보장 특별약관	174
39. 대중교통이용중 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	176
40. 자전거탑승중 상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	179
41. 운전자용 자동차사고입원일당(1~11급/1일이상) 보장 특별약관	182

42. 비운전자용 자동차사고입원일당 (1~11급/1일이상) 보장 특별약관	185
43. 일반상해후유장해(20~100%)보장 특별약관	188
44. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	190
45. 일반상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	192
46. 종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ·	194
47. 상해수술비(4일이상 입원수술)보장 특별약관	197
48. 운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관	201
49. 비운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관	204
50. 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관	207
51. 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	209
52. 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관 ·	212
53. 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관 ·	214
54. 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관	217
55. 갱신형 상해수술비보장 특별약관	219
56. 갱신형 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	222
57. 골절진단비보장 특별약관	226
58. 갱신형 골절진단비보장 특별약관	227

II. 질병 관련 특별약관	229
1. 질병사망보장 특별약관	229
2. 질병사망보장 추가특별약관	230
3. 질병80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관	231
4. 갱신형 질병사망보장 특별약관	233
5. 암사망보장 특별약관	235
6. 암80%이상후유장해보장 특별약관	238
7. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관	242
8. 암진단비(유사암제외)보장 추가특별약관	246
9. 뇌졸중진단비보장 특별약관	250
10. 뇌졸중진단비보장 추가특별약관	252
11. 급성심근경색증진단비보장 특별약관	254
12. 급성심근경색증진단비보장 추가특별약관	256
13. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관	258
14. 양성뇌종양진단비보장 특별약관	261
15. 말기폐질환진단비보장 특별약관	263
16. 말기간경화진단비보장 특별약관	264
17. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관	265
18. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	267
19. 질병입원일당(1일이상)보장 추가특별약관	270

20. 질병수술비(백내장제외)보장 특별약관	273
21. 갱신형 질병수술비(백내장제외)보장 특별약관	277
22. 여성골다공증수술비보장 특별약관	281
23. 총수염수술비보장 특별약관	283
24. 특정전염병진단비보장 특별약관	285
25. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관	286
26. 호흡기관관련질병수술비보장 특별약관	289
27. 식중독입원일당보장 특별약관	291
28. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	293
28-1. 갱신형 질병입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관	298
29. 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	301
30. 7대질병입원일당보장 특별약관	305
31. 유사암수술비보장 특별약관	308
32. 암수술비(유사암제외)보장 특별약관	311
33. 항암방사선약물치료비보장 특별약관	314
34. 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특별약관	318
35. 이차암진단비보장 특별약관	321
36. 질병수술비보장 특별약관	327
37. 질병수술비보장 추가특별약관	331
38. 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)보장 특별약관	335
39. 질병 50%이상후유장해보장 특별약관	341
40. 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관	343
41. 뇌출혈진단비보장 특별약관	346
42. 부인과질병수술비보장 특별약관	348
43. 질병80%이상후유장해보장 특별약관	350
44. 말기신부전증진단비보장 특별약관	352
45. 남성특정비뇨기계질환입원일당보장 특별약관	354
46. 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관	357
47. 간질환입원일당(1일이상)보장 특별약관	359
48. 간질환수술비보장 특별약관	362
49. 특정희귀난치성질환입원일당보장 특별약관	364
50. 특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관	367
51. 갑상선기능항진증치료비보장 특별약관	369
52. 16대특정암진단비보장 특별약관	372
53. 유사암진단비 II 보장 특별약관	375
54. 갱신형 유사암진단비 II 보장 특별약관	379
55. 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관	384

56. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관	389
57. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관	392
58. 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	395
59. 갱신형 유사암수술비보장 특별약관	399
60. 갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특별약관	403
61. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관	407
62. 갱신형 질병수술비보장 특별약관	411
63. 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상) 보장 특별약관	415
64. 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관	420
65. 2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	426
66. 2대질병수술비보장 특별약관	429
67. 결핵진단비보장 특별약관	432
68. 억제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장 특별약관	434
69. 질병수술비(4일이상 입원수술)보장 특별약관	436
70. 재진단암진단비(2년 대기형)보장 특별약관	440
71. 재진단암진단비(1년 대기형)보장 특별약관	447
72. 다발경화증진단비보장 특별약관	454
73. 갱신형 재진단암진단비(2년 대기형)보장 특별약관	456
74. 갱신형 재진단암진단비(1년 대기형)보장 특별약관	464
75. 유사암진단비보장 특별약관	472
76. 갱신형 유사암진단비보장 특별약관	475
77. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관	479
78. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관	481
79. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관	483
80. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관	486
81. 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관	489
82. 64대질병수술비보장 특별약관	491
83. 31대질병수술비보장 특별약관	496
84. 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특별약관	499
85. 5대질환수술비(연간1회한)보장 특별약관	503
86. 요실금수술비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	506
87. 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 60일한도)보장 특별약관	509
88. 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장 특별약관	513
89. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 60일한도) 보장 특별약관	517
90. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도) 보장 특별약관	522

91. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)보장 특별약관	527
92. 갱신형 암수술비(유사암제외)(최초1회한)보장 특별약관	531
93. 갱신형 뇌혈관질환진단비보장 특별약관	535
94. 갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특별약관	538
95. 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관	541
96. 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관	545
97. 갱신형 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관	548
98. 갱신형 64대질병수술비보장 특별약관	551
99. 갱신형 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특별약관	557
100. 갱신형 5대질환수술비(연간1회한)보장 특별약관	562
101. 항암가발비용보장 특별약관	566
102. 갱신형 항암가발비용보장 특별약관	569
103. 갱신형 당뇨병진단비(당화혈색소 7.0%이상) 보장 특별약관	573
104. 갱신형 대상포진진단비보장 특별약관	576
105. 갱신형 대상포진눈병진단비보장 특별약관	580
106. 갱신형 통풍진단비보장 특별약관	584
107. 갱신형 간경변증진단비보장 특별약관	588
108. 대상포진진단비보장 특별약관	591
109. 대상포진눈병진단비보장 특별약관	594
110. 통풍진단비보장 특별약관	597
111. 간경변증진단비보장 특별약관	600
112. 갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관	602
113. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	605
114. 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관	609
115. 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	612
116. 종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	617
117. 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장 특별약관	621
118. 요로결석진단비보장 특별약관	624
119. 갱신형 요로결석진단비보장 특별약관	626
120. 혈전용해치료비보장 특별약관	629
121. 갱신형 혈전용해치료비보장 특별약관	633
122. 중대한재생불량성빈혈진단비보장 특별약관	638
III. 상해 및 질병 관련 특별약관	640
1. 5대장기이식수술비보장 특별약관	640
2. 유방절제수술복원치료비보장 특별약관	642
3. 인공관절수술비보장 특별약관	644

4. 각막이식수술비보장 특별약관	647
5. 갑스치료비보장 특별약관	649
6. 장기요양급여금(1~4등급)보장 특별약관	650
7. 장기요양급여금(1~2등급)보장 특별약관	654
8. 장기요양급여금(1등급)보장 특별약관	657
9. 중증치매간병비보장 특별약관	660
10. 80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관	664
11. 응급실내원비(응급)보장 특별약관	667
12. 응급실내원비(비응급)보장 특별약관	670
13. 보험료납입지원(80%이상후유장해 및 8대질병진단) 보장 특별약관	675
14. 경증이상 치매간병비보장 특별약관	682
15. 신갑스치료비보장 특별약관	687
16. 중등도이상 치매간병비보장 특별약관	690
17. 갱신형 신갑스치료비보장 특별약관	695
18. 수술비(1~5종)보장 특별약관	698
19. 갱신형 수술비(1~5종)보장 특별약관	701
IV. 비용손해 관련 특별약관	704
1. 자가용운전자용 벌금보장 특별약관	704
2. 영업용운전자용 벌금보장 특별약관	707
3. 자가용운전자용 자동차사고 변호사선임비용 보장 특별약관	710
4. 영업용운전자용 자동차사고 변호사선임비용 보장 특별약관	713
5. 자가용운전자용 교통사고 처리지원금(Ⅲ) 보장 특별약관	716
6. 영업용운전자용 교통사고 처리지원금(Ⅲ)보장 특별약관 ·	721
7. 영업용운전자용 면허정지보장 특별약관	726
8. 영업용운전자용 면허취소보장 특별약관	728
9. 가족과실치사상벌금보장 특별약관	730
10. 의료사고법률비용보장 특별약관	733
11. 화재벌금보장 특별약관	735
12. 민사소송법률비용보장 특별약관	737
13. 임대차보증금 법률비용보장 특별약관	744
14. 부동산소유권 법률비용보장 특별약관	751
15. 행정소송법률비용보장 특별약관	758
16. 자가용운전자용 벌금(대물)보장 특별약관	765
17. 영업용운전자용 벌금(대물)보장 특별약관	768

18. 6대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	771
19. 신6대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	774
20. 12대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	777
V. 배상책임 관련 특별약관	780
배상책임 관련 특별약관 일반조항	780
1. 갱신형 가족일상생활중배상책임(II)보장 특별약관	790
2. 갱신형 가족일상생활중배상책임(III)보장 특별약관	794
VI. 기타 특별약관	798
1. 자동갱신 특별약관	798
2. 피보험자추가 특별약관	801
3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	802
4. 이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관	805
5. 사망보험금 양육연금전환 특별약관	808
6. 전자서명 특별약관	812
7. 지정대리청구서비스 특별약관	814
8. 보험료 자동납입 특별약관	816
9. 특별조건부(할증보험료법) 특별약관	817
10. 장애인전용보험전환 특별약관	819
VII. 별표	824
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	
(제8조 제5항, 제10조 제3항 및 제36조 제2항 관련)	824
【별표2】 장애분류표	826
【별표3】 1~5종 수술분류표	857
【별표4】 악성신생물(암) 분류표	867
【별표5】 제자리신생물 분류표	869
【별표6】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	870
【별표7】 뇌졸중대상질병 분류표	871
【별표8】 급성심근경색증대상질병 분류표	872
【별표9】 5대고액치료비암 분류표	873
【별표10】 말기폐질환(End Stage Lung Disease)	875
【별표11】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)	877
【별표12】 만성당뇨합병증 분류표	878
【별표13】 화상 분류표	879
【별표14】 골절(치아파절 제외) 분류표	880
【별표15】 중대한 특정상해 분류표	881
【별표16】 유방절제수술 분류표	882

【별표17】 7대질병 분류표	883
【별표18】 총수염(맹장염) 분류표	885
【별표19】 특정전염병 분류표	886
【별표20】 호흡기관련질병 분류표	888
【별표21】 식중독 분류표	889
【별표22】 골절 분류표	890
【별표23】 자동차사고 부상 등급표	891
【별표24】 기관(organ)분류표	907
【별표25】 갑상선기능항진증대상질병 분류표	910
【별표26】 여성골다공증 분류표	911
【별표27】 백내장 분류표	912
【별표28】 5대골절분류표	913
【별표29】 희귀난치성 7대질환 분류표	914
【별표30】 뇌출혈 분류표	915
【별표31】 부인과질병 분류표	916
【별표32】 요로결석 분류표	917
【별표33】 당뇨병대상질병 분류표	918
【별표34】 남성특정비뇨기계질환 분류표	919
【별표35】 간질환 분류표	921
【별표36】 특정희귀난치성질환 분류표	922
【별표37】 대상포진대상질병 분류표	927
【별표38】 16대특정암 분류표	928
【별표39】 소송목적의 값에 따른 변호사비용	930
【별표40】 민사소송 등 인지법에 정한 인지액	931
【별표41】 송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)	931
【별표42】 송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송)	931
【별표43】 관절염·생식기질환 분류표	932
【별표44】 치핵 분류표	933
【별표45】 대상포진눈병대상질병 분류표	934
【별표46】 골절 분류표	935
【별표47】 간경변증대상질병 분류표	936
【별표48】 통풍대상질병 분류표	937
【별표49】 결핵분류표	938
【별표50】 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표	940
【별표51】 신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표	941
【별표52】 뇌혈관질환 분류표	947
【별표53】 허혈성심장질환 분류표	948
【별표54】 특정15대질병 분류표	949
【별표55】 다빈도38대질병 분류표	953

【별표56】	특정9대질병 분류표	959
【별표57】	다빈도22대질병 분류표	962
【별표58】	32대질병 분류표	967
【별표59】	5대질환 분류표	973
【별표60】	요실금 분류표	974
【별표61】	요실금수술 분류표	974
【별표62】	특정신체부위·질병 분류표	975
-	【별표62-1】 특정신체부위 분류표	975
-	【별표62-2】 특정질병 분류표	977
VIII.	인용 법·규정	982
【법규1】	개인정보 보호법	982
【법규2】	공직선거법	986
【법규3】	교통사고처리특례법	988
【법규4】	국민건강보험법	990
【법규5】	도로교통법	991
【법규6】	민법	992
【법규7】	민사소송법	993
【법규8】	보험업감독규정	996
【법규9】	보험업법	996
【법규10】	보험업법시행령	997
【법규11】	소비자기본법	999
【법규12】	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률	1000
【법규13】	약사법	1003
【법규14】	여객자동차 운수사업법 시행령	1004
【법규15】	의료급여법	1007
【법규16】	의료법	1008
【법규17】	의료법 시행규칙	1010
【법규18】	자동차관리법 시행규칙	1012
【법규19】	자동차손해배상보장법 시행령	1016
【법규20】	장기등 이식에 관한 법률	1018
【법규21】	장애인복지법 시행규칙	1020
【법규22】	폭력행위 등 처벌에 관한 법률	1022
【법규23】	한의학육성법	1023
【법규24】	형법	1024
【법규25】	화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률	1028
【법규26】	화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령	1030

【법규27】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관련 법률 시행규칙	1034
【법규28】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률	1035

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 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.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일, 5대고액치료비암보장개시일, 16대특정암보장개시일, 유사암보장개시일, 대상포진보장개시일, 대상포진눈병보장개시일, 통풍보장개시일, 갑상선암(초기제외)보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 경증이상 치매보장개시일, 중등도이상 치매보장개시일, 당뇨병보장개시일 및 요로결석보장개시일은 보험계약일을 기준으로 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

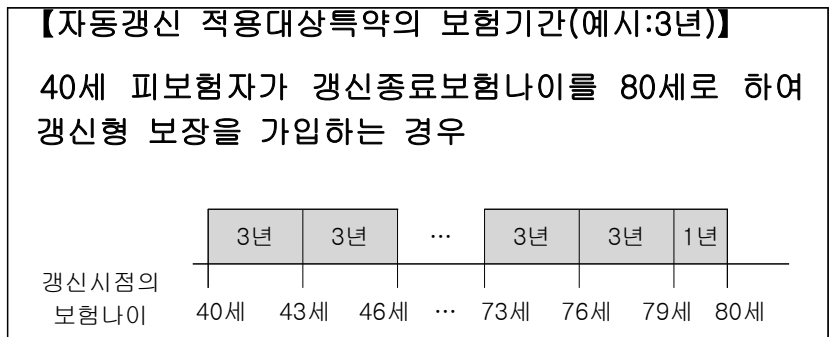
- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 재물 및 배상책임 관련 보장

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

○ 갱신행 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 3년/10년/15년/20년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년/10년/15년/20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 3년/10년/15년/20년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립부분 적립이율([보장]공시이율)의 변동, 갱신행 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 배상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 배상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 배상책임액의 합계액}}$$

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 1) 1종(보험료 납입면제 미적용형) : 해당사항 없음
- 2) 2종(보험료 납입면제형)
 - 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - ① 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
 - ③ 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
 - ④ 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑤ 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
 - ⑥ 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑦ 「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑧ 「중대한재생불량성빈혈」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑨ 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ⑩ 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
 - 보장보험료 납입면제에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에서 정한 「자동갱신 적용대상 특별약관」은 보장보험료의 납입을 면제하지 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 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일 (만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거

나 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(상법 제731조에서 정한 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 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.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 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.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(재물보장 관련)

계약을 체결할 때 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였거나, 사고의 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에

알리지 않았을 경우에는 이 계약은 무효로 합니다. 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 계약의 무효(배상책임보장 관련)

계약을 체결할 때 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

7. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 계약은 피보험자가 사망한 경우, 그 때부터 소멸됩니다.

8. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

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

9. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해

지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 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.

10. 중도인출

- 보장개시일부터 2년이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연 4회에 한하여 중도인출을 할 수 있습니다.
- 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.
- 중도인출금을 지급받은 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

11. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 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
 - (1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

- (2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
- (3) 현재의 직업을 그만둔 경우
- 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
 - 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험의 목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

12. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약

대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등 적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

13. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

14. 보험금의 지급(재산손해 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 7일 이내에 보험금을 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

15. 대위권

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

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

보험용어 해설

- **약관**
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- **보험증권**
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서
- **계약자**
회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- **피보험자**
보험사고 발생의 대상이 되는 사람
- **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
- **보험료**
 - 1) 보험료
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액
 - ① 보장보험료
계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료
 - ② 적립보험료
회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
 - 2) 적립부분 순보험료
적립보험료에서 부가보험료를 공제한 후의 금액
- **보험금**
피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
- **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간

- **보장개시일**
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
- **보험계약일**
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
- **보험가입금액**
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨
- **책임준비금**
장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
- **해지환급금**
계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 알파Plus보장보험2002
보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
기본계약	계약자와 회사가 체결한 계약내용 중 보통약관에 해당하는 부분을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
1종(보험료 납입면제 미적용형)	제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않는 계약을 말합니다.
2종(보험료 납입면제형)	제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 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 상해를 말합니다.

용어	정의
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
장해	【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병사인분류	제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 해당 질병(항목) 이외에 추가로 이에 해당하는 질병(항목)이 있는 경우에는 그 질병(항목)도 포함하는 것으로 합니다. 진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】
질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다.
또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*): 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

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. 이 계약의 평균공시이율은 2.5%입니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

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(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5] 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.
보장보험료	계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.
적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

【보험료】

보험료는 계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 「보장보험료」와 「적립보험료」로 구성되어 있습니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위한 적립부분 순보험료 및 회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

보장보험료 = 위험보험료 + 부가보험료

적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 보험가입금액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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), 산후

기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제6조(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제27조의1(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- 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 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

㉒ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

㉑ 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

㉒ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

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

㉓ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

㉔ 제2항에 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 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통제한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 [보장]공시이율로 합니다.

② [보장]공시이율은 매월 마지막 날(다만, 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 직전의 영업일로 함) 이전에 산출하며, 그 다음달에 한하여 적용합니다.

③ 회사는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 고려하여 산출된 공시기준이율에 조정률을 반영하여 [보장]공시이율을 결정합니다.

④ [보장]공시이율의 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

⑤ 회사는 제1항부터 제3항까지의 규정에서 정한 [보장]공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

⑥ 회사는 사업연도가 끝나는 날을 기준으로 1년이상 유지된 계약에 대하여 계약자에게 연1회이상 [보장]공시이율의

변경내역을 통지합니다.

⑦ 세부적인 [보장]공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한 「[보장]공시이율 적용에 관한 세부지침」을 따릅니다.

【적립부분 적립이율】

적립부분 책임준비금 계산시 적립부분 순보험료에 대한 이자를 계산할 때 적용하는 이율을 말합니다.

【[보장]공시이율】

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

【운용자산이익률】

직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업 비용 등을 고려하여 산출

【외부지표금리】

국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

【최저보증이율】

회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 [보장]공시이율에 따라 적립되며 [보장]공시이율이 0.1%인 경우, 적립금은 [보장]공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

제10조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금(중도인출이 있는 경우에는 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 따른 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

④ 보험료 납입기간 중에 제2조(용어의 정의)에서 정한 적립보험료를 감액하거나 중도인출을 하는 경우 제1항의 만기환급금은 가입시점의 예상금액보다 감소할 수 있습니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

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

제14조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【 계약자가 2명 이상인 경우 】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【 연대 】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

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

【 계약 전 알릴 의무 】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 】

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

【 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력) 】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【 사례 】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제16조(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
 - 1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 3) 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 신분에서 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 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

【책임준비금】

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

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】

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

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제18조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
- ③ 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【 보험가입금액 제한 】
 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【 일부보장 제외(부담보) 】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

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

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활

(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 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.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【보험계약대출이율】

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

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경

우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 인터넷 홈페이지에서 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 제42조의 2(설명 의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등의 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【 자필서명 】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】

서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

【 전자서명법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명 】

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 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 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 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 보험료 납입이 면제된 경우 제4항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제22조(계약의 무효)

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

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(상법 제731조에서 정한 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 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 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.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명 또는 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사

- 람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

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

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

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

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 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 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며,

이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 감액 】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제만 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 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【 보험나이 계산 예시 】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2020년 4월 14일
⇒ 2020년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 31년 6월 12일 = 32세

【 계약해당일 】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일
예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제25조(계약의 소멸)

① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후 유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 제3조(보험금의 지급사유)의 해지환급금을 지급하지 않으며, 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 적립부분의 책임준비금(중도인출이 있는 경우에는 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 지급합니다.

③ 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금(중도인출이 있는 경우에는 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일 부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

① 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는

경우

- ② 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

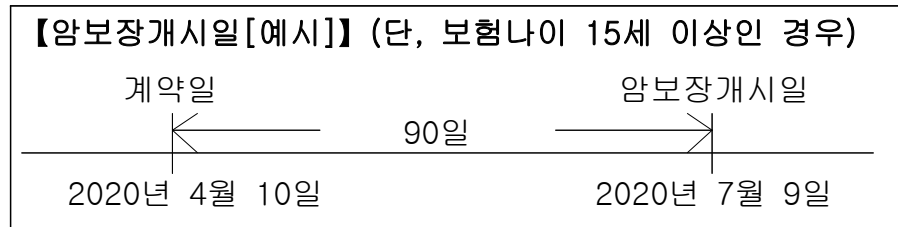
제27조의1(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 2종(보험료 납입면제형) 가입시 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
- ④ 피보험자가 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
- ⑤ 피보험자가 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
- ⑥ 피보험자가 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑦ 피보험자가 「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 경우
- ⑧ 피보험자가 「중대한재생불량성빈혈」으로 진단확정되었을 경우
- ⑨ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ⑩ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항 제1호의 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부

터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.(이하 「암보장개시일」이라 합니다)



③ 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에서 정한 「자동갱신 적용대상 특별약관」은 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

④ 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)

① 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항 제9호 및 제10호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질

병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료의 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항 제9호 또는 제10호의 후유장해가 발생한 때

에는 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

12 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

④ 이 계약에서 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

⑤ 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 이 계약에서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

⑦ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 이 계약에서 「말기폐질환」이라 함은 【별표10(말기폐질환)】

환)】에서 정한 「말기폐질환」을 말합니다.

⑨ 이 계약에서 「말기간경화」라 함은 【별표11(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」를 말합니다.

⑩ 이 계약에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제7차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

⑪ 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑫ 이 계약에서 「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

⑬ 제12항의 「양성뇌종양」은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

⑭ 「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑮ 이 계약에서 「중대한재생불량성빈혈」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이

필요하다고 인정된 질병 상태를 말하며, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 보장에서 제외 됩니다.

16 제15항의 「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm³미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

- ① 호중구 수가 500/mm³미만
- ② 혈소판 수가 20,000/mm³미만
- ③ 망상적혈구 수가 20,000/mm³미만

17 「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 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 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험

료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(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.

【자동대출납입】

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

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

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

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

【 부활(효력회복) 】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

④ 부활(효력회복)시 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 양보장개시일을 적용합니다.

제31조(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 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 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.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 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

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 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.

【 예시 】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(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 제공하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정

한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제38조(중도인출)

① 계약자는 보장개시일부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연4회에 한하여 중도인출 할 수 있습니다.

② 제1항의 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

【보험연도】

당해연도 보험계약 해당일부부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2020년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년을 말합니다.

【중도인출금의 한도 예시】

계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우 중도인출 가능액은 80만원(100만원의 80%)이며, 보험계약대출금(원금과 이자의 합계가 30만원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 50만원(80만원-30만원)입니다.

제7관 분쟁의 조정 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 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제41조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2020년 4월 1일에 발생하였음에도 2023년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제42조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【 신의성실의 원칙 】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙 (「민법」 제2조 제1항)

【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제44조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 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

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금

정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제45조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【 현저하게 공정을 잃은 합의 】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제46조(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.

제47조(준거법)

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

제48조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

무배당 알파Plus보장보험2002
특별약관

1. 상해 관련 특별약관

1. 일반상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- ① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 27조(실종의 선고)】

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2. 일반상해사망보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- ① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 27조(실종의 선고)】

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

3. 운전자용 교통상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다

만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- ① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 27조(실종의 선고)】

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수

단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

4. 비운전자용 교통상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- ① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 27조(실종의 선고)】

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이

특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

5. 운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

- ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
- ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일

한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉓ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

㉔ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

6. 비운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부 터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장 해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보 험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이 내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생 일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화 된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보 험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지 급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해 분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대 하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용 은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해 분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에 는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그 러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장 해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지 급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판 정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당 되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다 시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으

로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

㉔ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장애보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

7. 일반상해80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 일반상해 80%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생 해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해로 80%이상 후유장해시	보험가입금액을 매월 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2020년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2020년 2월 29일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 일반상해80% 이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

8. 일반상해50%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 일반상해 50%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생 해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해로 50%이상 후유장해시	보험가입금액을 매월 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2020년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2020년 2월 29일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 일반상해50% 이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

9. 화상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 【별표13(화상분류표)】에서 정하는 화상으로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 【별표13(화상분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

10. 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표14(골절(치아파절 제외)분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절 제외)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

11. 화상수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 【별표13(화상분류표)】에서 정하는 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은 【별표13(화상분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 상해로 두 종류 이상의 화상 수술을 받거나 같은 종류의 화상 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만을 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

12. 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를

목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

13. 운전자용 교통상해 골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)로 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절진단비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 교통상해로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

14. 비운전자용 교통상해 골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)로 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절진단비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 자동차 비운전중 교통상해로 2가지

이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

㉔ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

15. 운전자용 교통상해 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)로 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절수술비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

- ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
- ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계
(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기
타교통수단으로 보지 않습니다)

3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 교통상해로 두 종류 이상의 골절 수술을 받거나 같은 종류의 골절 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를

목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

16. 비운전자용 교통상해 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)로 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절수술비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 자동차 비운전중 교통상해로 두 종류 이상의 골절 수술을 받거나 같은 종류의 골절 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보

험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

17. 중증화상및부식진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 중증화상및부식으로 진단확정시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상및부식진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(중증화상및부식진단의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」이라 함은 「9의 법칙(Rule of 9's)」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)」에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② 「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과 의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중증화상및부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상및부식진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

18. 중대한특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 「뇌손상」 또는 「내장손상」을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 중대한특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.

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

제3조(중대한특정상해수술 보장의 정의 및 진단 확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표15(중대한 특정상해 분류표)】 참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표15(중대한 특정상해 분류표)】 참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」로 보지 않습니다.

① 「개두(開頭)수술」이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

② 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다.

다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

③ 「개복(開腹)수술」이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

⑤ 제4항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑥ 제4항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

19. 상해흉터복원수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우에는 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

구분	안면부	상지·하지
상해흉터복원 수술비	수술 1Cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3Cm이상의 경우에 한합니다.)

주) 길이측정이 불가능한 피부이식수술 등의 경우 수술Cm는 최장직경으로 합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접

적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서 치료의 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

20. 상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를

목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술비를 지급하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금

을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

21. 상해수술비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 상해수술비보장 추가특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술비를 지급하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

22. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

23. 일반상해입원일당(1일이상)보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 일반상해입원일당(1일이상)보장 추가특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

24. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 상해입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 보통약관 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제4항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

③ 제2항의 간병인이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다.

④ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑤ 제2항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 일반상해입원일당으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】

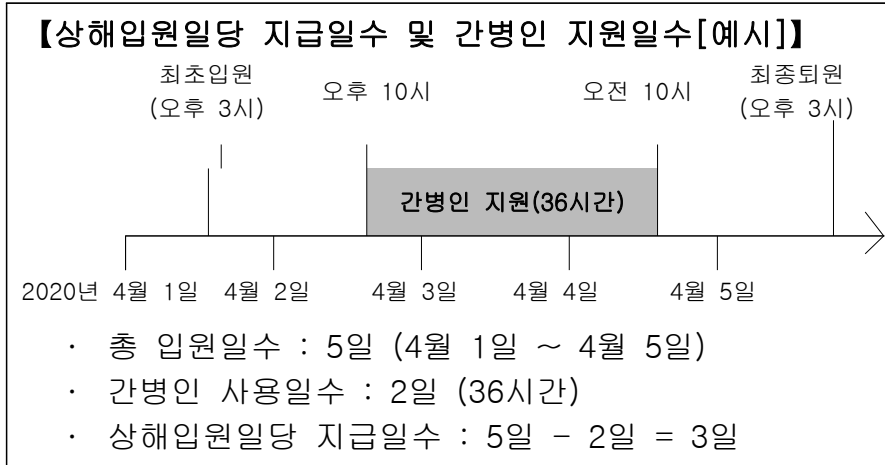
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 일반상해입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에

대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.



③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 상해입원일당 또는 간병인을 계속 보상합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서 (회사 양식)
- ② 사고증명서 (진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

- ④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

㉑ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 갱신

형 일반상해입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관으로 변경하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

24-1. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관

- * 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일 이상)보장 특별약관 제6조 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤

란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

25. 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 일반상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해중환자실입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하

여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 「병상 1개당 면적」은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

26. 운전자용 자동차사고부상치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상 등급표)】의 부상등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

(보험가입금액 600만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	600만원
2급~4급	300만원
5급	150만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	20만원
12급~14급	10만원

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 자동차사고

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자

동차로 보지 않습니다.

2. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
 - ㉠ 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
 - ㉡ 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - ㉢ 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)
 - ㉣ 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 - ㉤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- 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

㉔ 제1항 제2호 ㉔목 ㉔의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

27. 비운전자용 자동차사고부상치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 비운전중 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상등급표)】에서 정한 부상등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

(보험가입금액 600만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	600만원
2급~4급	300만원
5급	150만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	20만원
12급~14급	10만원

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 자동차사고

【용어풀이】

자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속

전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
 - ㉠ 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
 - ㉡ 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - ㉢ 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)
 - ㉣ 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 - ㉢ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- 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 제2호 ㉡목 ㉢의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금

을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

28. 강력범죄피해(일상생활중)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 일상생활 중에서 아래에 정한 강력범죄사고로 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 보험수익자에게 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄피해보험금으로 지급합니다.

- ① 형법 제 24 장에서 말하는 살인의 죄
- ② 형법 제 25 장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
- ③ 형법 제 32 장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
- ④ 형법 제 38 장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도의 죄
- ⑤ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
- ② 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
- ③ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
- ④ 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때 생긴 손해
- ⑤ 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 또는 고용상의 관

제4조(보험금의 청구)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금 등의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서사건신고확인원(관할경찰서장 발행)
- ② 의사 진단서 등

② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

29. 안전사고피해치료비보장 특별약관 (폭력치료비, 유괴·인신매매피해치료비)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 피보험자가 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액의 25%를 폭력치료비로 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.
- ② 피보험자가 약취와 유인의 죄(형법 제31장 제287조, 제288조, 제289조, 제290조, 제291조)에 의해 피해자가 된 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴·인신매매피해치료비로 지급합니다.

【형법 제287조(미성년자의 약취, 유인)】

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

【형법 제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)】

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

【형법 제289조(인신매매)】

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

【형법 제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)】

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

【형법 제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)】

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우에는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 생긴 손해
- ② 피보험자의 친족에 의한 사고
- ③ 피보험자가 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생한 사고

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우에는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 생긴 손해와 피보험자가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명이 된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

30. 일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래의 사유에 모두 해당되는 경우(이하 「상해수술입원」이라 합니다)에는 보험수익자에게 최초수술일부터 입원 1일당 이 특별약관의 가입금액을 일반상해수술입원일당으로 지급합니다.

- ① 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
- ② 보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ③ 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 일반상해수술입원일당의 지급일수는 1회 상해수술입원당 최초수술일부터 20일을 최고 한도로 합니다. 다만, 수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우 1회 상해수술입원당 2일째 입원일부터 20일을 최고 한도로 합니다.

【수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우[예시]
- 수술하고 5일 경과 후 동일한 상해치료를 위해 입원, 총입원일수 50일

수술일	최초 입원일	퇴원
5일	1일	
수술입원일당 지급(20일)		

② 일반상해수술입원일당 지급기간 중 다른 상해를 입고 그 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우 일반상해수술입원일당의 지급일수는 그 날을 최초수술일로 보아 20일을 최고 한도로 합니다.

【수술입원일당 지급기간 중 다른 상해로 수술한 경우[예시]
- 최초입원 5일경과 후 수술(①), 수술(①) 후 10일경과 후 다른 상해를 입고 수술(②), 총입원 일수 50일

최초 입원일	수술 (①)	다른상해로 수술(②)	퇴원
5일			
수술입원일당 지급(10일)		수술입원일당 지급(20일)	

- ③ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 상해수술입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 상해수술입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 상해수술입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해수술 입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 상해수술입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다

이빙, 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, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

31. 5대골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표28(5대골절분류표)】에서 정하는 5대골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

32. 5대골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표28(5대골절분류표)】에서 정하는 5대골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 상해로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받거나 같은 종류의 5대골절수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

33. 자동차사고 성형수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자가용자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 사고」라 합니다)의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일부부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 보험수익자에게 100만원을 자동차사고 성형수술비로 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ② 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ③ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

34. 갱신형 일반상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- ① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 27조(실종의 선고)】

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

35. 대중교통이용중 교통상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 승객으로서 대중교통이용중 교통상해(보험기간 중에 대중교통이용 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「대중교통이용중 교통사고」라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 제1항의 「대중교통이용중 교통사고」라 함은 다음의 각호와 같습니다.

- ① 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
- ② 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
- ③ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

③ 제2항의 대중교통이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.

- ① 여객수송용 항공기
- ② 여객수송용 지하철/전철, 기차
- ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
- ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
- ⑤ 여객수송용 선박

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- ① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한

항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

36. 자전거탑승중 상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자전거탑승중 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자전거탑승중 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자전거」라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제17호 가목 3)에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.
2. 「자전거탑승중」이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.
3. 「자전거 운전중」이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- ① 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 27조(실종의 선고)】

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의

료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

37. 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해 분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장

해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

38. 일반상해50%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 일반상해50%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부

위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉓ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

㉔ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해50%이상 후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

㉕ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

㉖ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

39. 대중교통이용중 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 승객으로서 대중교통이용중 교통상해(보험기간 중에 대중교통이용 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「대중교통이용중 교통사고」라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

② 제1항의 「대중교통이용중 교통사고」라 함은 다음의 각 호와 같습니다.

- ① 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
- ② 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
- ③ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

③ 제2항의 대중교통이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.

- ① 여객수송용 항공기
- ② 여객수송용 지하철/전철, 기차
- ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
- ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
- ⑤ 여객수송용 선박

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이

내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생 일부터 1년 이내에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

40. 자전거탑승중 상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자전거탑승중 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자전거탑승중 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자전거」라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제17호 가목 3)에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.
2. 「자전거탑승중」이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.
3. 「자전거 운전중」이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지

급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해 분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

- ④ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

41. 운전자용 자동차사고입원일당 (1~11급/1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 **【별표23(자동차사고 부상등급표)】** 중 부상등급을 받고 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일에 대하여 아래에 정한 금액을 자동차사고입원일당으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

(보험가입금액 7만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급~7급	7만원
8급~11급	2만원

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔

진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 자동차사고입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 자동차사고입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 자동차사고입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

42. 비운전자용 자동차사고입원일당 (1~11급/1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 비운전중 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상등급표)】 중 부상등급을 받고 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일에 대하여 아래에 정한 금액을 자동차사고입원일당으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

(보험가입금액 7만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급~7급	7만원
8급~11급	2만원

【용어풀이】

「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트 펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 자동차사고입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속

중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 자동차사고입원일당을 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 자동차사고입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금

을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

43. 일반상해후유장해(20~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 20~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감

하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉓ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

㉔ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

44. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

45. 일반상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감

하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉓ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

㉔ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

46. 종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

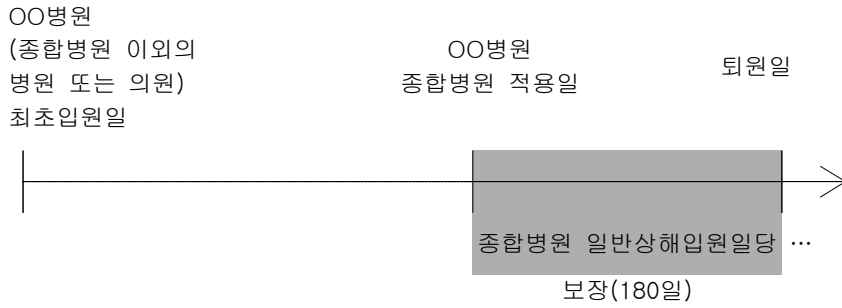
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하 「종합병원」이라 합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

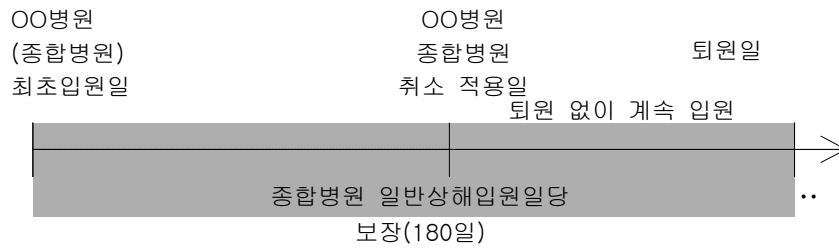
- ① 종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 [예시】



9) 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시】



10) 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다)외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

47. 상해수술비(4일이상 입원수술)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 같은 상해로 아래 경우에 모두 해당되는 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비(4일이상 입원수술)로 지급합니다.

- ① 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 4일이상 입원하여 퇴원하는 경우
- ② 상해의 직접적인 결과로서 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서 치료의 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다

이빙, 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, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

48. 운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상 등급표)】의 부상등급 중 1급, 2급 또는 3급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 자동차사고

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
 - ㉠ 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
 - ㉡ 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - ㉢ 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)
 - ㉣ 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 - ㉤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- 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 제2호 ㉡목 ㉣의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

49. 비운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 비운전자용 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상등급표)】에서 정한 부상등급 중 1급, 2급 또는 3급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 자동차사고

【용어풀이】

자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
 - ㉠ 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
 - ㉡ 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - ㉢ 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)
 - ㉣ 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 - ㉤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- 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 제2호 ㉡목 ㉣의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우

보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입
면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

50. 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표51(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 정한 신골절로 진단 확정시 보험수익자에게 1사고당 보험가입금액에 【별표51(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】의 각 호에 정한 비율을 곱한 금액을 신골절치료비보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일사고에 의해 2종류 이상의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 그 합계액을 지급하나, 신체 동일부위에 발생한 골절 등에 대해서는 그 중 가장 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 이 경우 회사가 지급하여야 할 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 골다공증(뼈 조직의 구성은 정상이나 그 뼈의 단위 체적당 뼈의 양이 감소된 상태를 말합니다.)의 영향이 있는 골절 및 특발성 골절(피보험자가 가지고 있는 기초질환 때문에 뼈가 외부의 힘에 대한 저항력이 약하여 가벼운 외부의 힘에도 골절이 일어나는 경우를 말합니다)에 대하여는 골절의 부위나 종류에 관계없이 1사고당 【별표51(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 따라 해당 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

51. 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

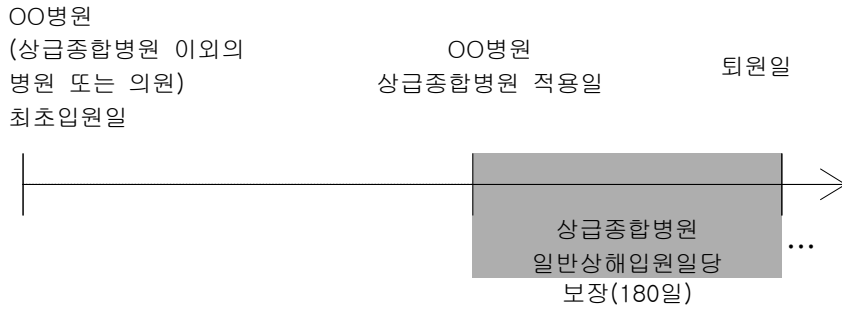
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하 「상급종합병원」이라 합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

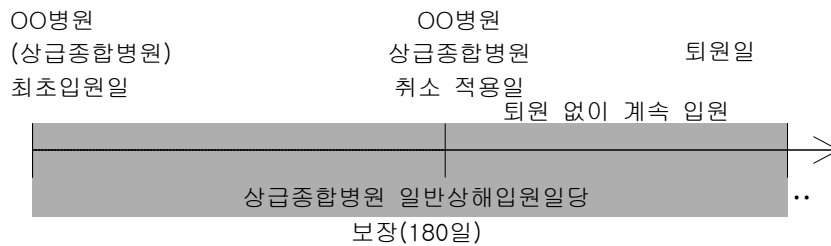
- ① 상급종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상급종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시】



⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시】



⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

52. 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

53. 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표51(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 정한 신골절로 진단 확정시 보험수익자에게 1사고당 보험가입금액에 【별표51(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】의 각 호에 정한 비율을 곱한 금액을 신골절치료비보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일사고에 의해 2종류 이상의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 그 합계액을 지급하나, 신체 동일부위에 발생한 골절 등에 대해서는 그 중 가장 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 이 경우 회사가 지급하여야 할 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 골다공증(뼈 조직의 구성은 정상이나 그 뼈의 단위 체적당 뼈의 양이 감소된 상태를 말합니다.)의 영향이 있는 골절 및 특발성 골절(피보험자가 가지고 있는 기초질환 때문에 뼈가 외부로의 힘에 대한 저항력이 약하여 가벼운 외부의 힘에도 골절이 일어나는 경우를 말합니다)에 대하여는 골절의 부위나 종류에 관계없이 1사고당 【별표51(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 따라 해당 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사

등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일

경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

54. 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표14(골절(치아파절 제외)분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절 제외)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

55. 갱신형 상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를

목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술비를 지급하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료 재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

56. 갱신형 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 일반상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해중환자실입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하

여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입

면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 「병상 1개당 면적」은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라

병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

57. 골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표46(골절 분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

58. 갱신형 골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표46(골절 분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

II. 질병 관련 특별약관

1. 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2. 질병사망보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

3. 질병80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병80%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
질병 80%이상 후유장해시	보험가입금액을 매월 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2020년 1월 31일
 ⇒ 보험금 지급일 : 2020년 2월 29일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 질병80%이상 후유장애 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

4. 갱신형 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일

경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

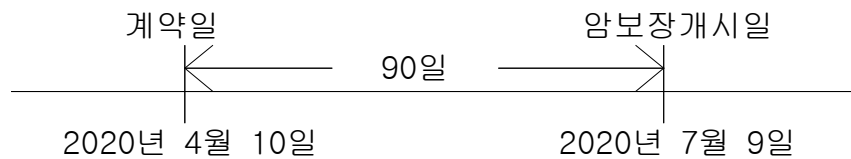
5. 암사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인하여 사망한 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을

말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유

가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

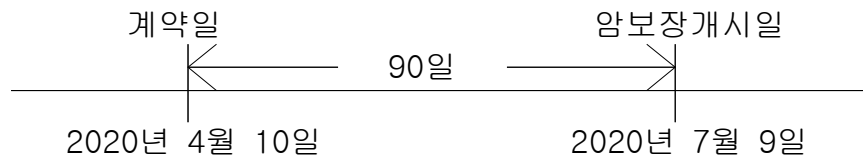
6. 암80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장해보험금 지급을 위한 장해지급률이 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

⑤ 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 때에는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암80%이상후유장해

보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

7. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

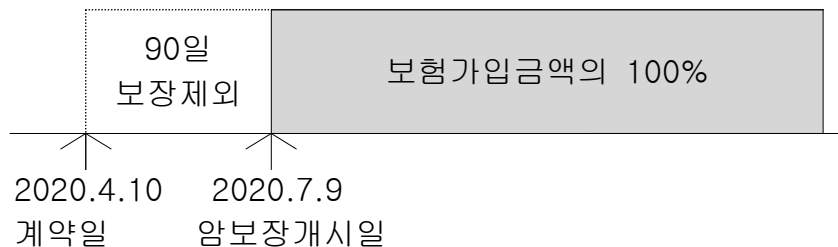
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
암진단비 (유사암제외) (단, 최초1회에 한하여 지급)	암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%	
	소액암 진단시	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

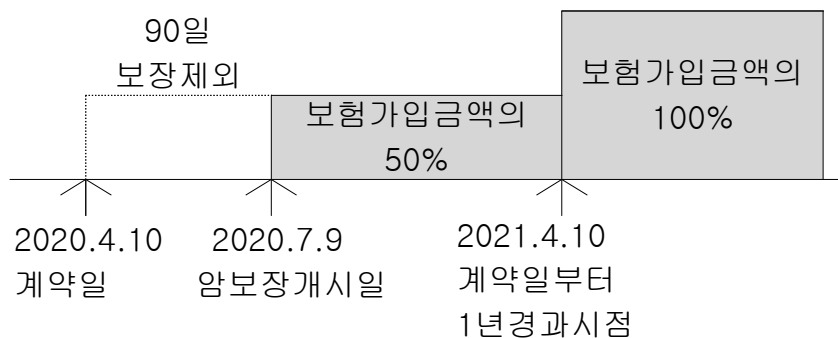
【암진단비(유사암제외)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암 및 소액암 제외) >



< 소액암 >



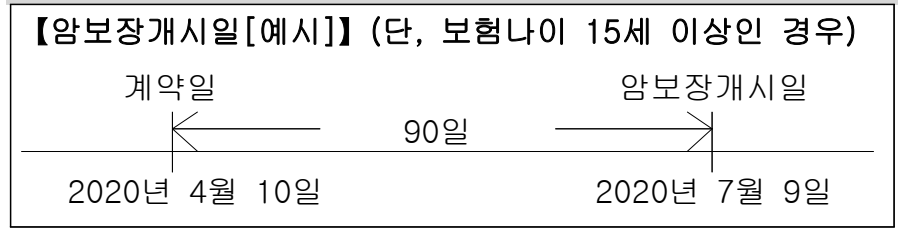
② 「암(유사암 및 소액암 제외)」과 「소액암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 암(유사암 및 소액암 제외)진단시에 해당하는 보험금을 지급합니다.

③ 「암(유사암 및 소액암 제외)」진단확정 후 「소액암」으로 진단 확정시에는 소액암진단시에 해당하는 보험금은 지급하

지 않으며, 「소액암」으로 진단확정 후 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 확정시에는 암(유사암 및 소액암 제외) 진단시에 해당하는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「소액암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 아래의 악성신생물(암)을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 이 특별약관에서 「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 제1항의 「소액암」, C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상

선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 「암(유사암 및 소액암 제외)」 및 「소액암」을 총칭합니다.

④ 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금

을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제 30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

8. 암진단비(유사암제외)보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

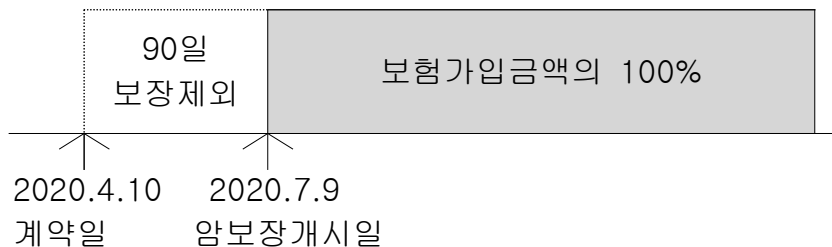
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
암진단비 (유사암제외) (단, 최초1회에 한하여 지급)	암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%	
	소액암 진단시	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

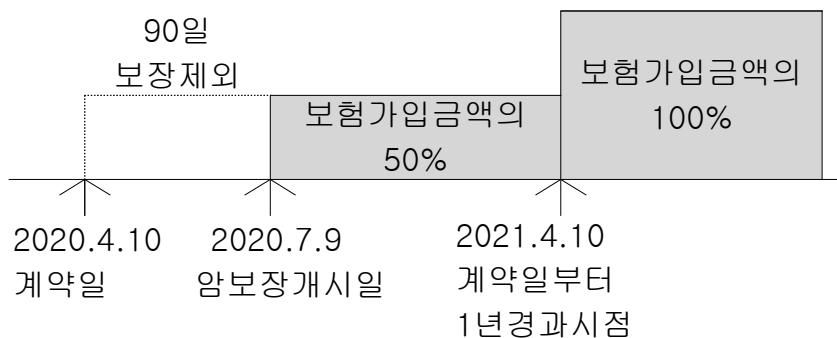
【암진단비(유사암제외)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암 및 소액암 제외) >



< 소액암 >



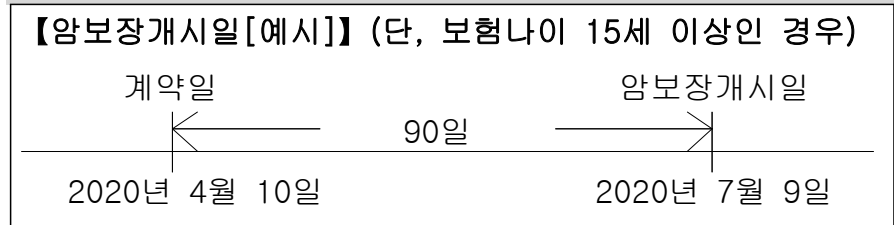
② 「암(유사암 및 소액암 제외)」과 「소액암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 암(유사암 및 소액암 제외)진단시에 해당하는 보험금을 지급합니다.

③ 「암(유사암 및 소액암 제외)」진단확정 후 「소액암」으로 진단 확정시에는 소액암진단시에 해당하는 보험금은 지급하

지 않으며, 「소액암」으로 진단확정 후 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 확정시에는 암(유사암 및 소액암 제외) 진단시에 해당하는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「소액암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 아래의 악성신생물(암)을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 이 특별약관에서 「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 제1항의 「소액암」, C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상

선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 「암(유사암 및 소액암 제외)」 및 「소액암」을 총칭합니다.

④ 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금

을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제 30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

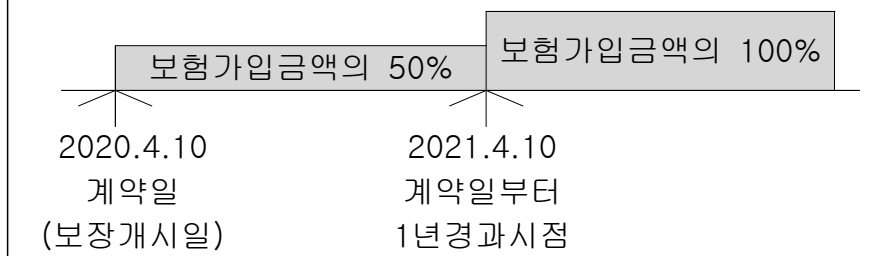
9. 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌졸중진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌졸중진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을

유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출) 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

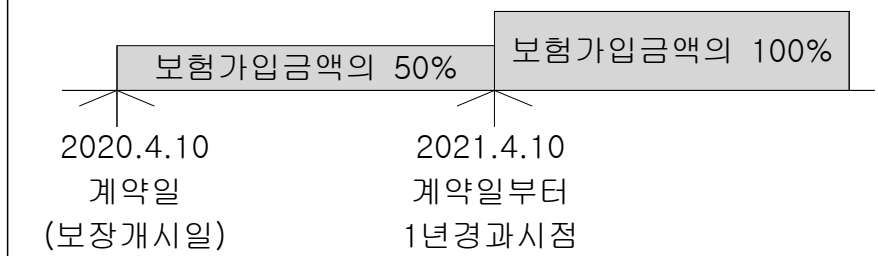
10. 뇌졸중진단비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌졸중진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌졸중진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을

유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출) 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

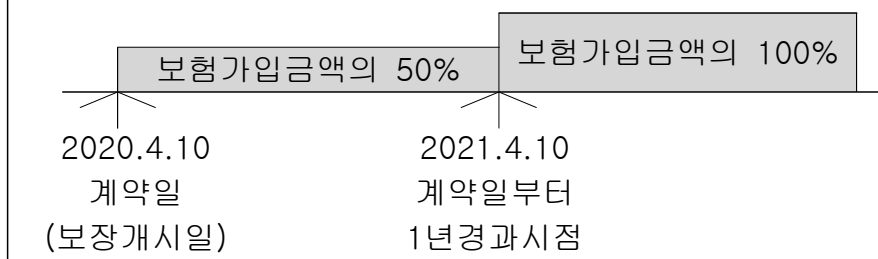
11. 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
급성심근경색증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성심근경색증진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소명) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류

되는 질병으로 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

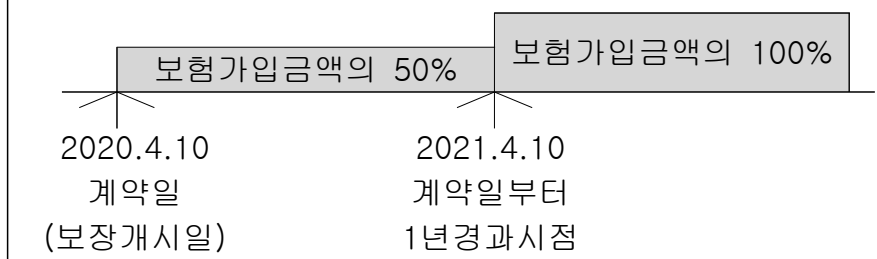
12. 급성심근경색증진단비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
급성심근경색증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성심근경색증진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류

되는 질병으로 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

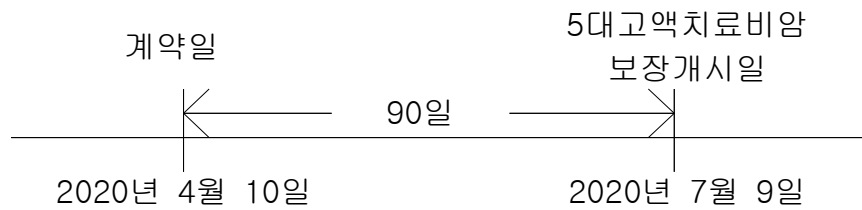
13. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 5대고액치료비암보장개시일 이후에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대고액치료비암진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 5대고액치료비암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 5대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 5대고액치료비암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【5대고액치료비암보장개시일 [예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「5대고액치료비암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로 【별표9(5대고액치료비암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전

암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의분류에서 제외합니다.

② 「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 5대고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 5대고액치료비암보장개시일의 전일 이전에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제 30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 5대고액치료비암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

14. 양성뇌종양진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「양성뇌종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 양성뇌종양진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 양성뇌종양진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

② 제1항의 「양성뇌종양」은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

③ 「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험

자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

15. 말기폐질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표10(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기폐질환진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기폐질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 말기폐질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

16. 말기간경화진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표11(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기간경화진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기간경화로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기간경화진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 말기간경화진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

17. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 만성당뇨합병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 만성당뇨합병증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 만성당뇨합병증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「만성당뇨합병증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병으로, 【별표12(만성당뇨합병증 분류표)】에서 정한 1형 당뇨병, 2형 당뇨병, 영양실조-관련 당뇨병, 기타 명시된 당뇨병, 상세불명의 당뇨병, 기타 당뇨병성 합병증을 말합니다.
- ② 제1항의 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.
 - ① 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조형술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
 - ② 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 500mg이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증

으로 분류)

- ③ 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
- ④ 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

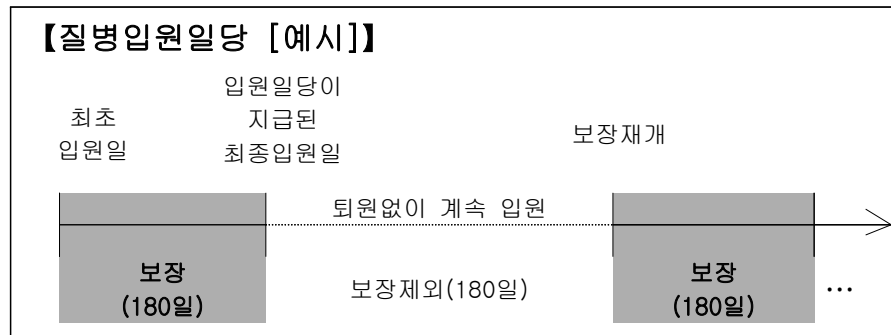
18. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생

한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

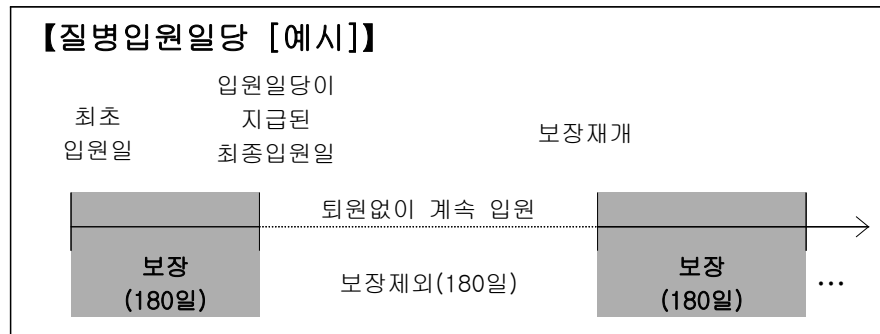
19. 질병입원일당(1일이상)보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 질병입원일당(1일 이상)보장 추가특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

㉔ 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

㉕ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

㉖ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2] 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

20. 질병수술비(백내장제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 「질병(백내장제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(백내장제외)로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장제외)만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비(백내장제외)를 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
- ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

- ⑤ 비만(E66)
 - ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
 - ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
 - ⑨ 백내장(H25~H27)
- ③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - ③ 단순한 피로 또는 권태
 - ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

21. 갱신형 질병수술비(백내장제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 「질병(백내장제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(백내장제외)로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장제외)만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비(백내장제외)를 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
- ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

- ⑤ 비만(E66)
 - ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
 - ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
 - ⑨ 백내장(H25~H27)
- ③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - ③ 단순한 피로 또는 권태
 - ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

22. 여성골다공증수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「여성골다공증」으로 진단이 확정되고 그 「여성골다공증」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 여성골다공증수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(여성골다공증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「여성골다공증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 여성골다공증으로 분류되는 질병으로 【별표26(여성골다공증 분류표)】에서 정한 골다공증을 말합니다.

② 「여성골다공증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

23. 총수염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「총수염(맹장염)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 총수염수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(총수염의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관의 「총수염(맹장염)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「총수염(맹장염)」으로 분류되는 질병(【별표18(총수염(맹장염) 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ② 「총수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 총수염수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

24. 특정전염병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표19(특정전염병 분류표)】에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정전염병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정전염병진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 특정전염병진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

25. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「조혈모세포이식」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(조혈모세포이식수술의 정의 및 진단 확정)

이 특별약관에서 「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 장기이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

【관련법규】

장기등 이식에 관한 법률 제25조(장기이식의료기관)

- ① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.
- ② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.
- ③ 이식의료기관이 아니면 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

- ① 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골

수부전상태에 있는 피보혈자에게 투여하는 행위를 말합니다.

- ② 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보혈자에게 투여하는 행위를 말합니다.
- ③ 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보혈자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보혈자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
- ④ 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보혈자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보혈자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
- ⑤ 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보혈자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

26. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「호흡기관련질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관련질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「호흡기관련질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「호흡기관련질병」으로 분류되는 질병으로 【별표20(호흡기관련질병 분류표)】에서 정한 급성 상기도감염, 상세불명의 상기도질환, 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액화농성 만성기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 천식 및 천식지속 상태, 또는 폐렴, 재향균인병, 폐렴이 합병된 흉역, 수두폐렴, 거대세포바이러스폐렴 또는 폐 특소포자충증을 말합니다.

② 「호흡기관련질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

27. 식중독입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「식중독」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 식중독입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 「식중독」의 치료를 직접적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「식중독」에 대한 입원이라도 식중독입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 식중독입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 식중독입원일당에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 식중독입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「식중독」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 식중독입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(식중독의 정의 및 진단확정)

① 「식중독」이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로서 【별표21(식중독 분류표)】에 해당하는 질병으로 분류되는 경우에 한합니다.

② 「식중독」의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「식중독」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

28. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 질병입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 보통약관 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제4항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.
- ③ 제2항의 간병인이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다.
- ④ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 질병입원일당으로 지급합니다.

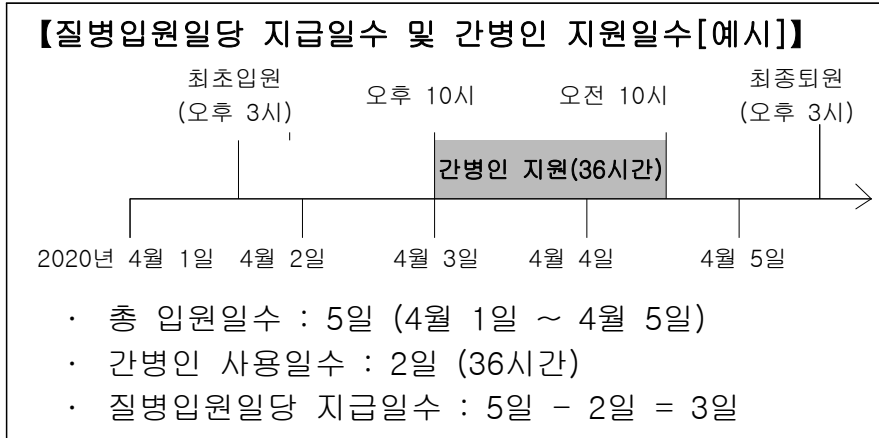
【간병인의 주요 업무[예시]】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에

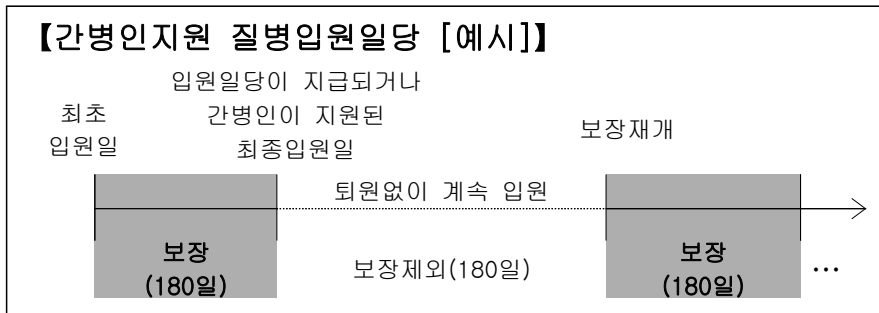
대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.



③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당 또는 간병인을 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의

전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서 (회사 양식)
- ② 사고증명서 (진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

㉒ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1] 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 질병입원일당의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 질병입원일당은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2] 회사는 다음 중 어느 한 가지로 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하는 사유가 발생한 때에는 질병입원일당을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

3] 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1] 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임

준비금을 지급합니다.

② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 갱신형 질병입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관으로 변경하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

28-1. 갱신형 질병입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관

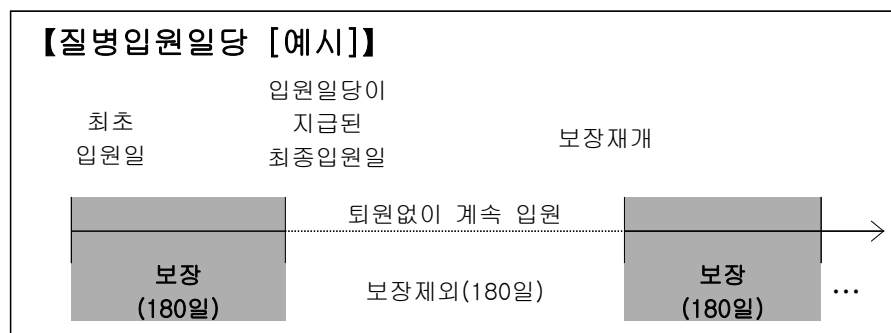
- * 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상) 보장 특별약관 제6조 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원

일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병

원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

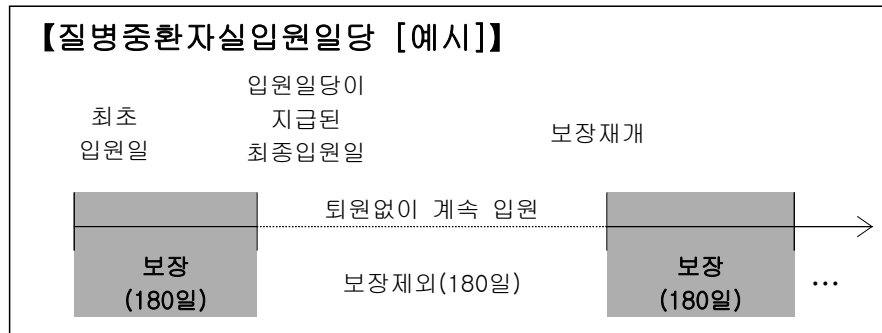
29. 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 질병중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병중환자실입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를

따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병

- ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

<p>[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격</p> <p>2. 중환자실</p> <p>가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.</p> <p>나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.</p> <p>다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.</p> <p>라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 「병상 1개당 면적」은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한</p>
--

다.

- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

30. 7대질병입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「7대질병」으로 진단확정되고 그 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하였을 경우 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 7대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「7대질병」에 대한 입원이 라도 7대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 7대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 7대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 「7대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 7대질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 7대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관의 「7대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병

사인분류에 있어서 「7대질병」으로 분류되는 질병으로, 【별표17(7대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「7대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「7대질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「7대질병」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「7대질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「7대질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「7대질병」으로 진단된 경우에는 이는 「7대질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제 10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입 면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

31. 유사암수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 유사암수술비가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.
- ⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물 치료」는 제외됩니다.

㉔ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

㉕ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

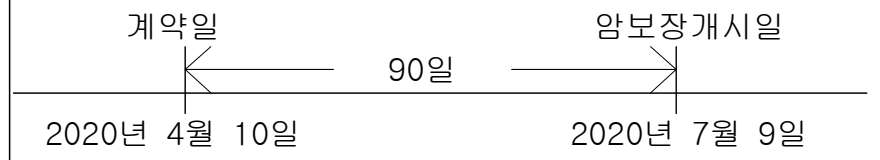
32. 암수술비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)이 지급되지 않습니다.

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능

하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직

접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

33. 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

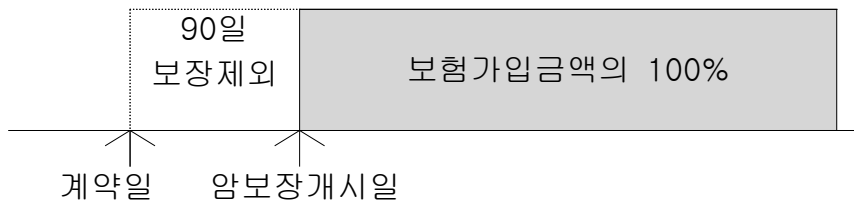
구 분	지급금액
항암방사선·약물치료시 암으로	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
항암방사선·약물치료시 기타피부암, 갑상선암으로	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

다만, 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암 항암방사선약물치료비 또는 갑상선암항암방사선약물치료비는 지급하지 않으며, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

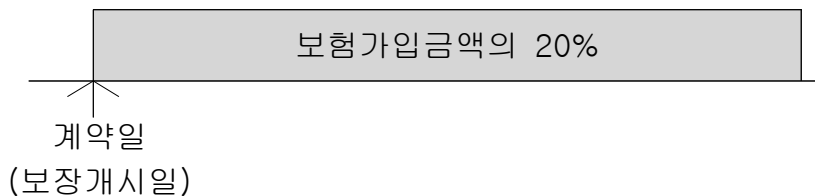
【항암방사선약물치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

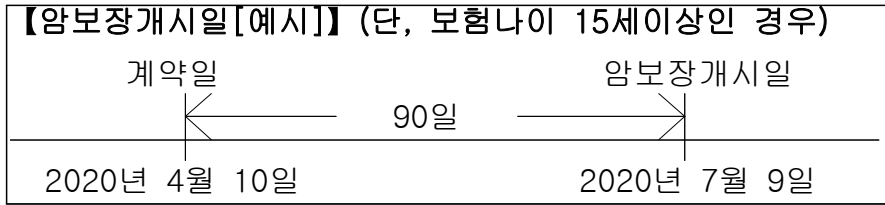
< 암 >



< 기타피부암 및 갑상선암 >



② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차

성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제 15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제 10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

34. 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

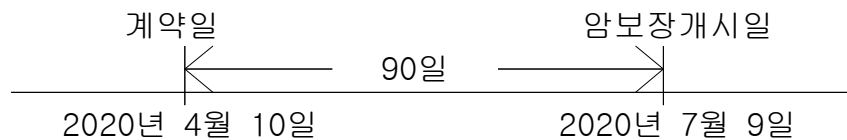
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유사암 및 소액암 제외)로 지급합니다.

② 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암 및 소액암 제외)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(유사암 및 소액암 제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암 및 소액암 제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암 및 소액암 제외)」라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 아래의 악성신생물(암), C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하

는 질병도 제외합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 「암(유사암 및 소액암 제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암 및 소액암 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는

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

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

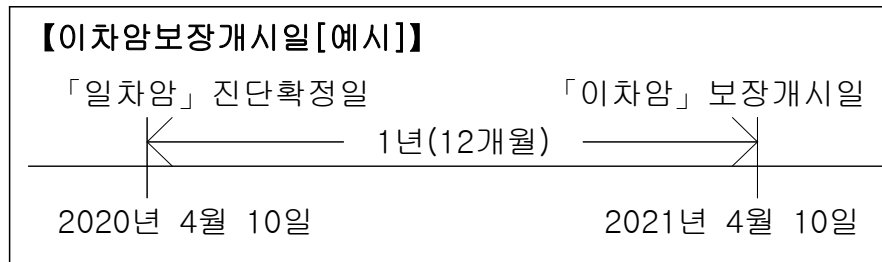
제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

35. 이차암진단비보장 특별약관

제1조(회사의 보장개시)

- ① 회사는 암진단비(유사암제외)보장 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 암보장개시일 이후부터 이 특별약관에 대한 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「이차암」에 대한 보장개시는 「일차암」의 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음날(이하 「이차암보장개시일」이라 합니다)로 합니다.
- ③ 제2항에서 일차암이라 함은 제1항의 암보장개시일 이후에 진단확정된 「암」을 말합니다.



제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이차암보장개시일 이후 「이차암」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 이차암진단비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「이차암」이라 함은 이차암보장개시일 이후 「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표24(기관(organ)분류표) 참조)과 다른 기관(organ)에 「원발암」이나 「전이암」으로 진단확정된 「암」을 말합니다.
- ③ 제2항에서 「원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「일차암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological appearance)을 가진 「암」을 말합니다.
- ④ 제2항에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.
- ⑤ 피보험자가 이차암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 이차암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 이차암진단비를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 이차암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이차암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 받았을 경우에 계약자는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 「일차암」 진단확정일 시점의 이 특별약관의 책임준비금을 돌려드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 「일차암」으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후 「일차암」과 동일한 기관(organ)(【별표24(기관(organ)분류표】 참조)에 「암」으로 진단확정된 경우에는 이차암으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보상합니다.

③ 제1항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 이차암보장개시일 이전에 진단확정된 「암」이 동일한 기관(organ)(【별표24(기관(organ)분류표】 참조)에 재발 또는 전이되어 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 「이차암」 진단비 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일 이전에 「암」으로 진단확정 받았더라도 이차암보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 「암」으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 「이차암」으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 해당하는 보험금을 지급합니다.

【이차암보장 예시】

「일차암」은 입인두암(C10)에서 진단확정되고, 그로부터 1년이후 비인두암(C11)으로 진단확정된 경우에는 동일 기관(organ) 분류이기 때문에 「이차암」으로 보상받지 못합니다. 그러나 그 후 비인두암(C11)이 전이되어 입술암(C00)으로 진단확정된 경우에는 다른 기관(organ) 분류이기 때문에 「이차암」으로 보상받을 수 있습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사

인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.

- ① 「일차암」 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지나기전에 「이차암」으로 진단확정된 경우
- ② 「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)과 같은 기관(organ)에 진단확정된 경우
- ③ 「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)이 두 개 이상(예: 「일차암」이 위(stomach)와 간(liver)에 동시에 진단확정된 경우)인 경우 그 기관(organ)들과 같은 기관(organ)들(예: 위 및/또는 간)에만 암이 진단확정된 경우
- ④ 「일차암」으로 인하여 '종피성 및 연조직'(【별표24(기관(organ)분류표) 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
- ⑤ 「일차암」으로 인하여 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'(【별표24(기관(organ)분류표) 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
- ⑥ 「일차암」이 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'(【별표24(기관(organ)분류표) 참조)의 「암」(예:백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정되고 「암」이 다시 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'의 암으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 일차암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 이차암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 일차암보장개시일을 적용합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 일차암보장개시일 이후에 「일차암」으로 진단확정되었을 때에는 해당 피보험자의 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 계약이 소멸된 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

③ 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ① 피보험자가 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 이후에 「암」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 보통약관 제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 보통약관 제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
- ④ 피보험자가 보통약관 제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
- ⑤ 피보험자가 보통약관 제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
- ⑥ 피보험자가 보통약관 제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑦ 피보험자가 보통약관 제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 경우

- ⑧ 피보험자가 보통약관 제27조의3(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중대한재생불량성빈혈」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑨ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ⑩ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 계약이 소멸된 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외합니다.

36. 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
- ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제 10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입 면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

37. 질병수술비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 질병수술비보장 추가특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

- ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

38. 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

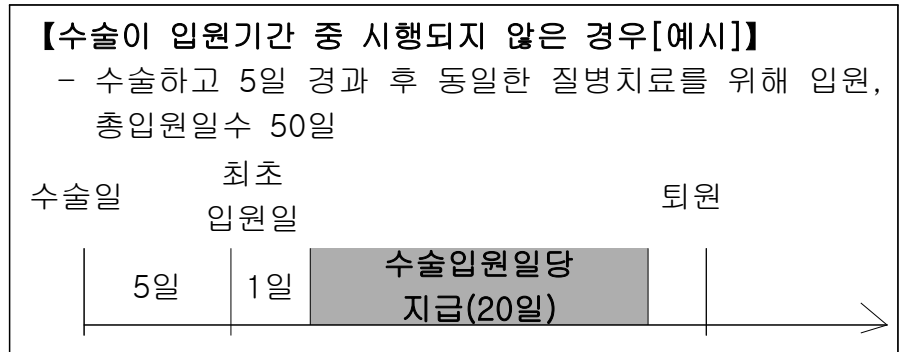
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래의 사유에 모두 해당되는 경우(이하 「질병수술입원」이라 합니다)에는 보험수익자에게 최초수술일부터 입원 1일당 이 특별약관의 가입금액을 질병수술입원일당으로 지급합니다.

- ① 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하였을 경우
- ② 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ③ 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

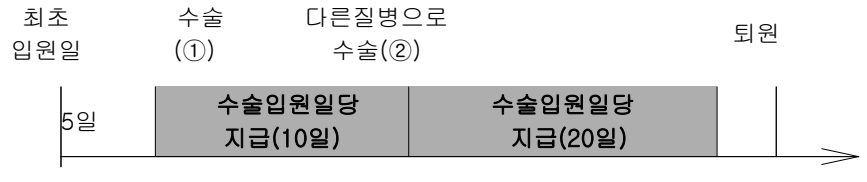
① 질병수술입원일당의 지급일수는 1회 질병수술입원당 최초수술일부터 20일을 최고 한도로 합니다. 다만, 수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우 1회 질병수술입원당 2일째 입원일부터 20일을 최고 한도로 합니다.



② 질병수술입원일당 지급기간 중 다른 질병으로 진단확정되고 그 질병의 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 질병수술입원일당의 지급일수는 그 날을 최초수술일로 보아 20일을 최고 한도로 합니다.

**【수술입원일당 지급기간 중 다른 질병으로 수술한 경우
[예시]**

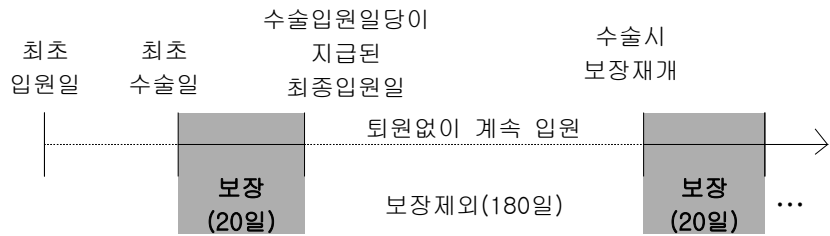
- 최초입원 5일경과 후 수술(①), 수술(①) 후 10일경과 후 다른 질병으로 진단확정되고 수술(②), 총입원일수 50일



③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 질병수술입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또다른 수술입원으로 보아 수술일로부터 입원 1일당 질병수술입원일당을 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병수술입원일당 [예시]



⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 질병수술입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 질병수술입원에 대하여는 제1항에 따라 질병수술입원일당을 계속 보상합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 질병수술입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한함

니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

③ 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
- ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

4] 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수

술

- ㉔ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 (국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료 재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
- ㉕ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

39. 질병 50%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 50%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차

감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체 부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉗ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

㉑ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 50%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

㉒ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

㉓ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

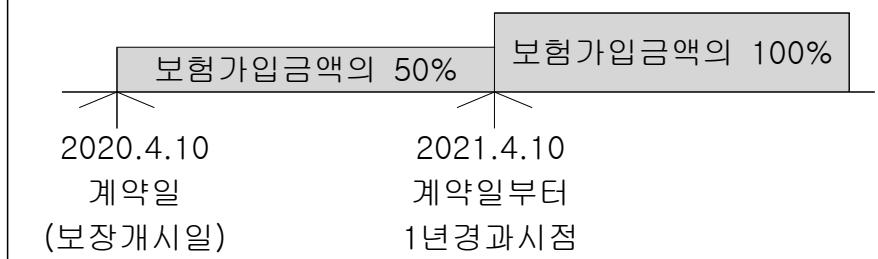
40. 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「희귀난치성 7대질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 희귀난치성 7대질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
희귀난치성 7대질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【희귀난치성7대질환진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 희귀난치성 7대질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 희귀난치성 7대질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 희귀난치성 7대질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(희귀난치성 7대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「희귀난치성 7대질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「희귀난치성 7대질환」으로

분류되는 질병으로 【별표29(희귀난치성 7대질환 분류표)】에서 정한 재생불량성 빈혈, 운동신경세포병, 파킨슨병, 심근질환(142.4(심내막탄력섬유증) 제외), 모야모야병, 전신홍반루프스, 만성신장병(5기)을 말합니다.

② 제1항의 「희귀난치성 7대질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 골수검사, 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 근전도검사 및 혈액검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.

③ 제1항의 「만성신장병(5기)」은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「N18.5(만성신장병(5기))」로 분류되는 질병으로 보전요법으로는 치료가 불가능하여 신대체요법(복막투석, 혈액투석 및 신장이식)을 받고 있거나 받은 경우(일시적 투석치료를 받는 경우는 제외)를 말합니다.

【신대체요법】

- 복막투석 : 신장 기능이 떨어진 경우 뱃속으로 통하는 관을 삽입하여 투석액을 교환하는 시술
- 혈액투석 : 인공 신장기를 이용하여 혈액 속 노폐물 제거, 신체 내 전해질 균형 유지, 과잉 수분을 제거하는 시술
- 신장이식 : 정상 기능을 할 수 없는 신장을 대신하기 위해서 다른 사람에게서 기증받은 신장을 심어주는 수술

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀난치성 7대질환 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지

급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

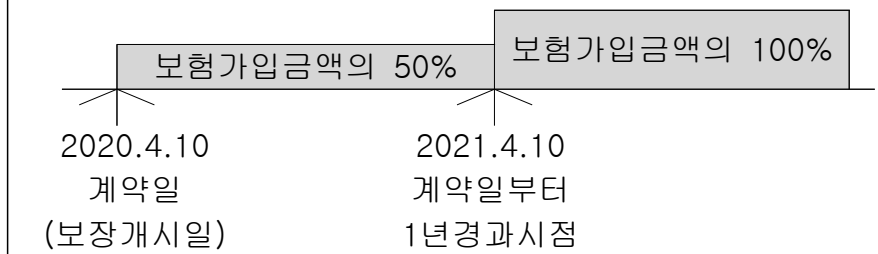
41. 뇌출혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌출혈 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌출혈진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌출혈」로 분류되는 질병으로 【별표 30(뇌출혈 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정

한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

42. 부인과질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「부인과질병」으로 진단이 확정되고 그 「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 부인과질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「부인과질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 부인과질병으로 분류되는 질병으로 【별표31(부인과질병 분류표)】에서 정한 제자리신생물, 양성신생물, 행동양식 불명 또는 미상의 신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성 질환, 여성생식기의 비염증성 장애, 자궁경부의 결핵 및 결핵성 여성 골반 염증성 질환을 말합니다.

② 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

43. 질병80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유

장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉓ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

㉑ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

㉒ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

㉓ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

44. 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기신부전증진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기신부전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기신부전증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 말기신부전증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제7차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

② 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

45. 남성특정비뇨기계질환입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「남성특정비뇨기계질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 남성특정비뇨기계질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 남성특정비뇨기계질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「남성특정비뇨기계질환」에 대한 입원이라도 남성특정비뇨기계질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 남성특정비뇨기계질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 남성특정비뇨기계질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 남성특정비뇨기계질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 남성특정비뇨기계질환입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 남성특정비뇨기계질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정)

① 「남성특정비뇨기계질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「남성특정비뇨기계질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표34(남성특정비뇨기계질환분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「남성특정비뇨기계질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「남성특정비뇨기계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우

보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입
면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

46. 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「남성특정비뇨기계질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 남성특정비뇨기계질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정)

① 「남성특정비뇨기계질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「남성특정비뇨기계질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표34(남성특정비뇨기계질환분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「남성특정비뇨기계질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「남성특정비뇨기계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

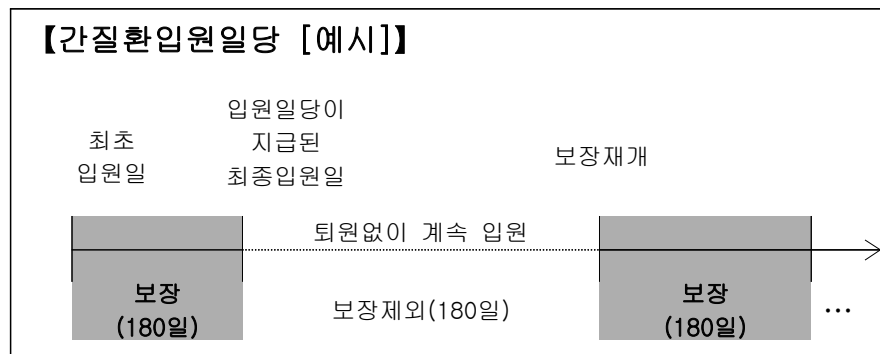
47. 간질환입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「간질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.
- ② 동일한 「간질환」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「간질환」에 대한 입원이라도 간질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 간질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 간질환을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「간질환」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(간질환의 정의 및 진단확정)

㉑ 「간질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「간질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표35(간질환 분류표)】에서 정한 바이러스성 간염, 간의 질환, 거대세포바이러스간염 및 톡소포자충 간염을 말합니다.

㉒ 제1항의 「간질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「간질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

㉑ 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

㉒ 이 특별약관에서 「간질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「간질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「간질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「간질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「간질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「간질환」으로 진단된 경우에는 이는 「간질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

48. 간질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「간질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 간질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(간질환의 정의 및 진단확정)

① 「간질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「간질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표35(간질환 분류표)】에서 정한 바이러스성 간염, 간의 질환, 거대세포바이러스간염 및 특소포자충 간염을 말합니다.

② 제1항의 「간질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「간질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

49. 특정희귀난치성질환입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정희귀난치성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 특정희귀난치성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 「특정희귀난치성질환」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「특정희귀난치성질환」에 대한 입원이라도 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 같이 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 특정희귀난치성질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 특정희귀난치성질환입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「특정희귀난치성질환」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 특정희귀난치성질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)

① 「특정희귀난치성질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정희귀난치성질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표36(특정희귀난치성질환분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「특정희귀난치성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우

보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입
면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

50. 특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정희귀난치성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환수술비로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 특정희귀난치성질환수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)

① 「특정희귀난치성질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정희귀난치성질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표36(특정희귀난치성질환분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「특정희귀난치성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치,

신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

51. 갑상선기능항진증치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「갑상선기능항진증」으로 진단확정되고 「갑상선기능항진증치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선기능항진증치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선기능항진증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선기능항진증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「갑상선기능항진증」으로 분류되는 질병으로 【별표25(갑상선기능항진증대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「갑상선기능항진증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「갑상선기능항진증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 「갑상선기능항진증치료」라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

① 갑상선절제술을 받은 경우

: 이 특별약관에서 갑상선절제술이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy) 및 갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)을 말합니다.

② 방사성요오드 치료를 받은 경우

③ 60일이상 항갑상선제를 처방받은 경우

【용어의 정의】

- 방사선요오드 치료 : 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료
- 항갑상선제 : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에 해당하는 약제

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

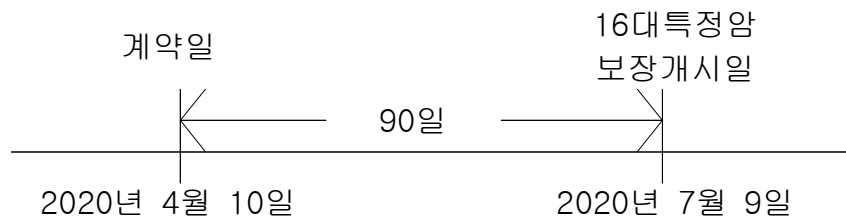
52. 16대특정암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 16대특정암보장개시일 이후에 「16대특정암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 16대특정암진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 16대특정암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 16대특정암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 16대특정암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 16대특정암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 16대특정암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【16대특정암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(16대특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「16대특정암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「16대특정암」으로 분류되는 질병으로 【별표38(16대특정암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 체장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 기

관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 흉선의 악성신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물, 종피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 소장의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의분류에서 제외합니다.

② 「16대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 16대특정암진단비로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 16대특정암보장개시일의 전일 이전에 「16대특정암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 16대특정암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는

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

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 16대특정암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

53. 유사암진단비 II 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

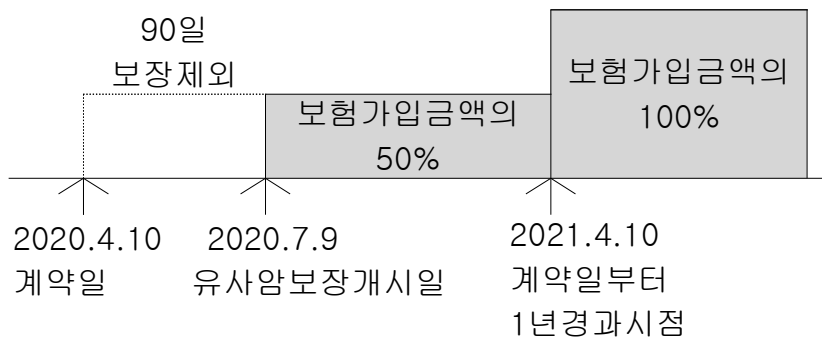
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유사암보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	계약일부터 1년경과시점 이 후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암진단비[예시]】

(단, 유사암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



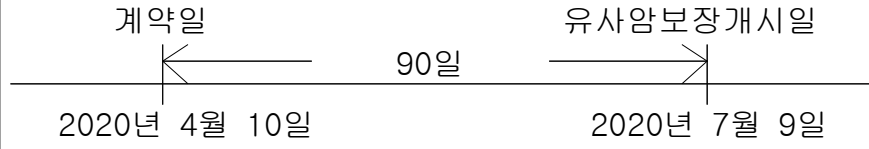
② 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

③ 피보험자가 유사암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 유사암보장개시일이라 함은 계약일을

기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【유사암보장개시일[예시】
(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능

하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 유사암보장개시일의 전일 이전에 「유사암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 유사암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

54. 갱신형 유사암진단비 II 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

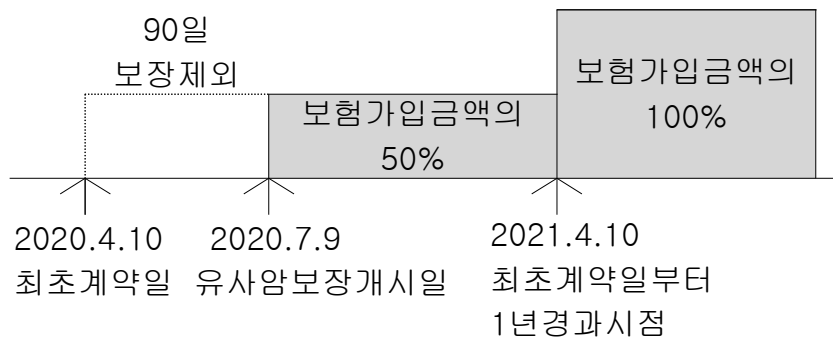
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유사암보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라는 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암진단비[예시]】

(단, 유사암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

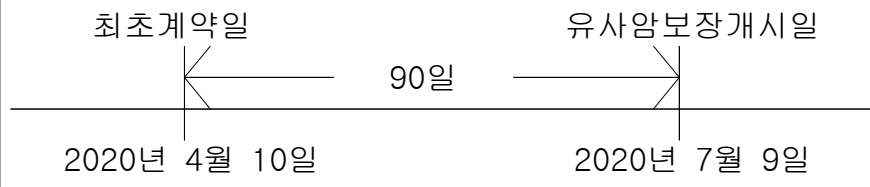
③ 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

④ 피보험자가 유사암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 유사암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【유사암보장개시일[예시】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에

서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타 피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 유사암보장개시일의 전일 이전에 「유사암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 유사암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

55. 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관

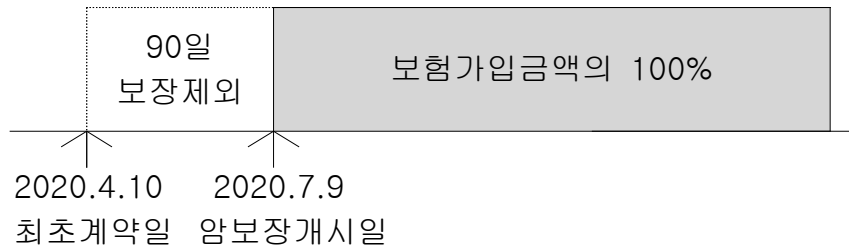
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

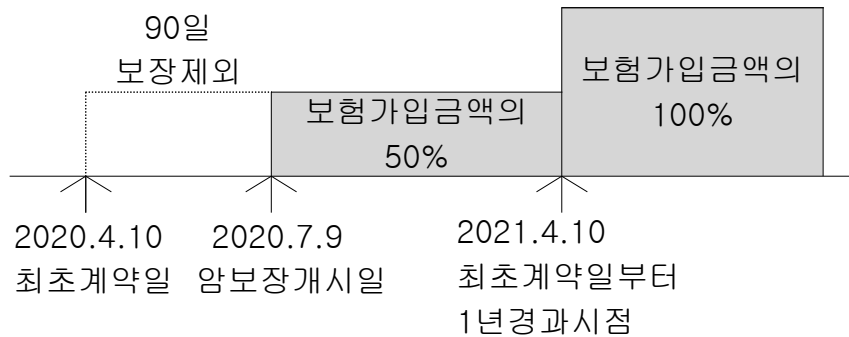
구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암진단비 (유사암제외) (단, 최초1회에 한하여 지급)	암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%	
	소액암 진단시	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【암진단비(유사암제외)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)
< 암(유사암 및 소액암 제외) >



< 소액암 >



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다.

구 분		지급금액
암진단비 (유사암제외) (단, 최초1회에 한하여 지급)	암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%
	소액암 진단시	보험가입금액의 100%

③ 「암(유사암 및 소액암 제외)」 과 「소액암」 이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 암(유사암 및 소액암 제외)진단시에 해당하는 보험금을 지급합니다.

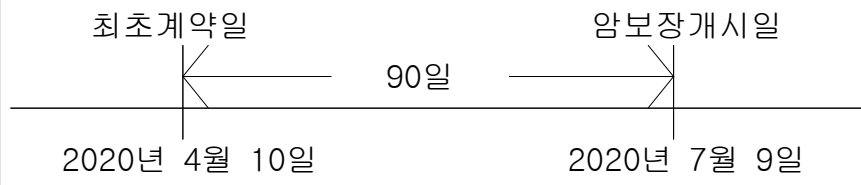
④ 「암(유사암 및 소액암 제외)」 진단확정 후 「소액암」 으로 진단 확정시에는 소액암진단시에 해당하는 보험금은 지급하지 않으며, 「소액암」 으로 진단확정 후 「암(유사암 및 소액암 제외)」 로 진단 확정시에는 암(유사암 및 소액암 제외)진단시에 해당하는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암(유사암제외)」 으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑥ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」 에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「소액암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 아래의 악성신생물(암)을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 이 특별약관에서 「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 제1항의 「소액암」, C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 「암(유사암 및 소액암 제외)」 및 「소액암」을 총칭합니다.

④ 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

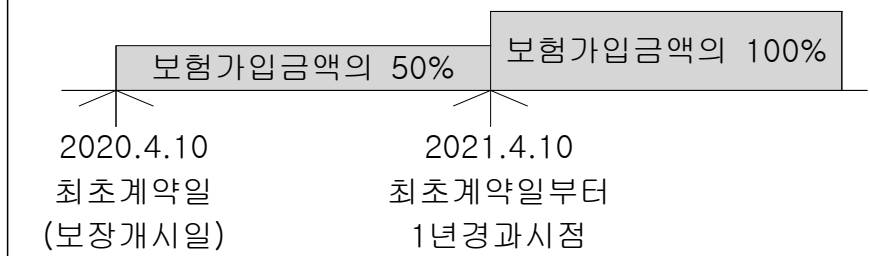
56. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌졸중진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌졸중진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌졸중으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌졸중 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점

의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

57. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
급성심근경색증진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성심근경색증진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
급성심근경색증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함

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

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

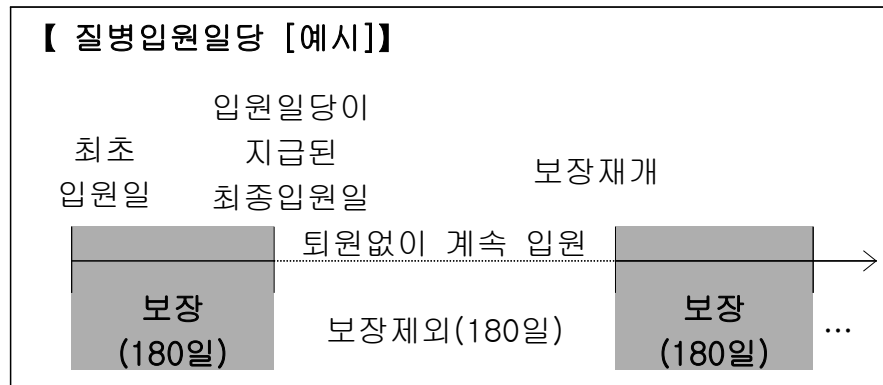
58. 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

㉔ 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

㉕ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

㉖ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

59. 갱신형 유사암수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 유사암수술비가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.
- ⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물 치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

60. 갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특별약관

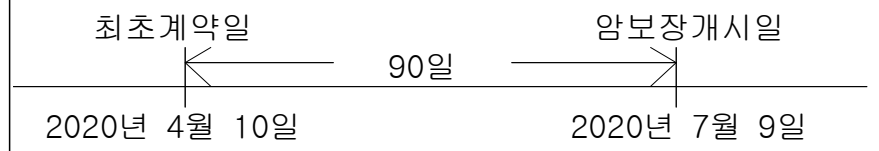
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)를 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)이 지급되지 않습니다.

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학

의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물 치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 암보장개시일의 전일 이

전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

61. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

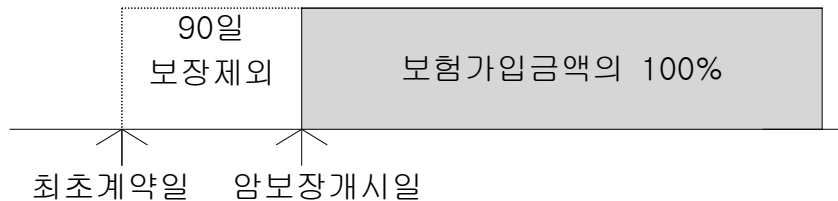
구 분	지급금액
항암방사선·약물치료시 암으로	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
항암방사선·약물치료시 기타피부암, 갑상선암으로	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

다만, 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암 항암방사선약물치료비 또는 갑상선암항암방사선약물치료비는 지급하지 않으며, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

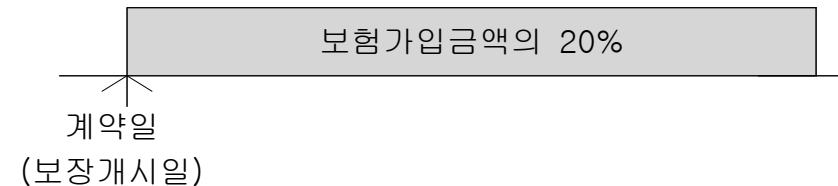
【항암방사선약물치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



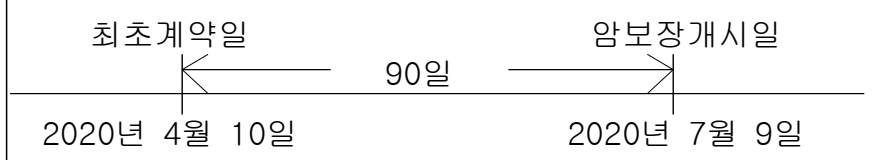
< 기타피부암 및 갑상선암 >



② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에

는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명

확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」으로 인한 항암 방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

62. 갱신형 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
- ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

- ⑤ 비만(E66)
 - ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
 - ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - ③ 단순한 피로 또는 권태
 - ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【3년만기형】

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

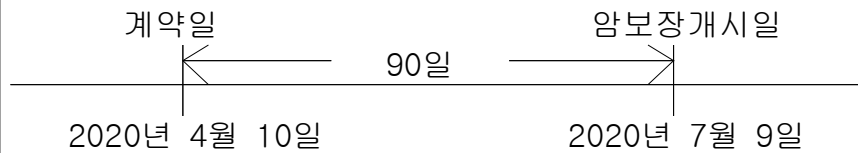
63. 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원은 포함되며, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】

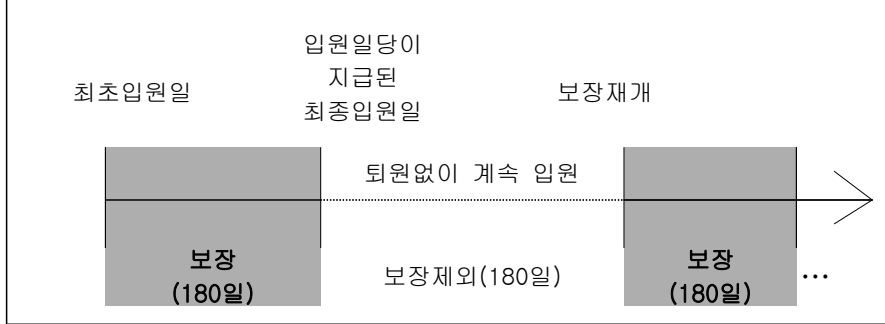
(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【암직접치료입원일당[예시]】



④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을

말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「

암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
 - ① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - ② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - ③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기 암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

- 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

제5조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의

치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

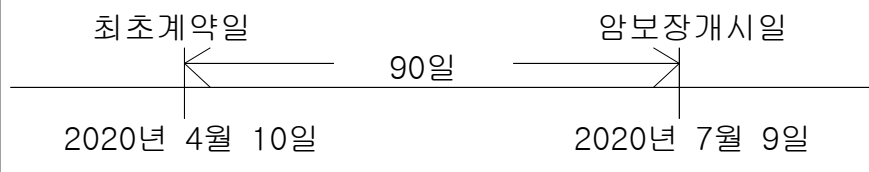
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

64. 갱신형 암직접치료입원일당(II) (요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한 의원은 포함되며, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

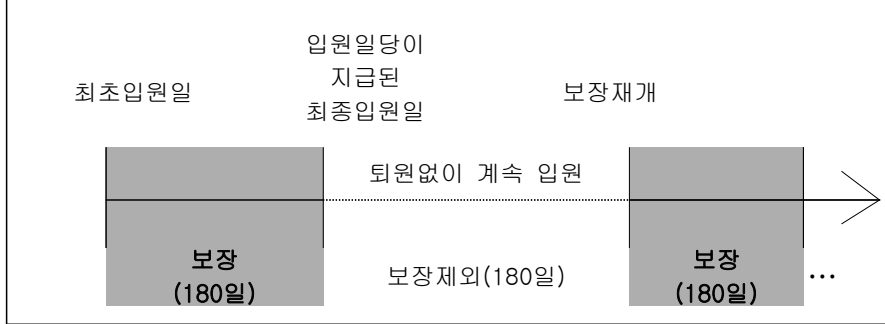
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【암직접치료입원일당[예시]】



④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을

말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는

「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
 - ① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - ② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - ③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기 암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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

제5조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의

치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하

지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

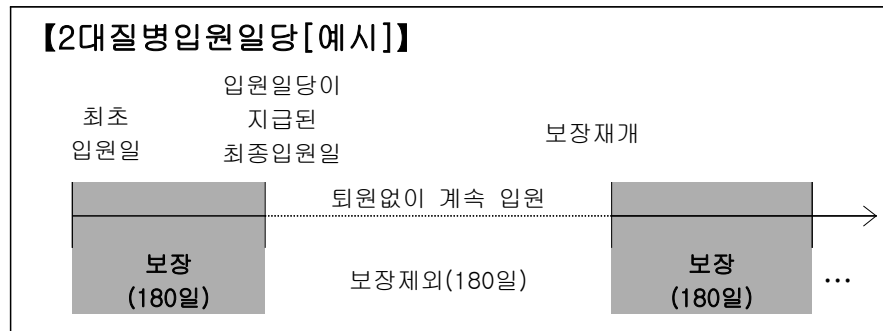
65. 2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「2대질병」으로 진단확정되고 그 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 2대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 「2대질병」 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「2대질병」에 대한 입원이 라도 2대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 「2대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 2대질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 2대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

㉔ 이 특별약관의 「2대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

㉕ 제1항에서 정한 「뇌졸중」이라 함은 【별표7(뇌졸중대상 질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

㉖ 제1항에서 정한 「급성심근경색증」이라 함은 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

㉗ 「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

㉘ 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「2대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

㉒ 이 특별약관에서 「2대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「2대질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「2대질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「2대질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「2대질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「2대질병」으로 진단된 경우에는 이는 「2대질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

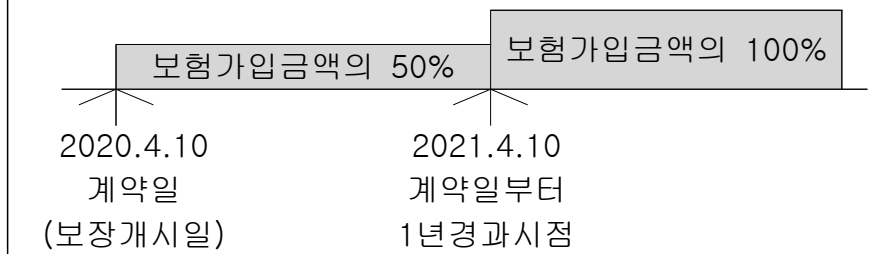
66. 2대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「2대질병」으로 진단확정되고 그 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 2대질병수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
2대질병으로 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【2대질병수술비[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「2대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 「뇌졸중」이라 함은 【별표7(뇌졸중대상 질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「급성심근경색증」이라 함은 【별표8(급

성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

④ 「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

67. 결핵진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「결핵」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 결핵진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 결핵으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 결핵진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 결핵진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(결핵의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「결핵」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「결핵」으로 분류되는 질병으로 【별표 49(결핵분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「결핵」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

68. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(약제내성결핵(슈퍼결핵포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 분류되는 질병으로 【별표50(약제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

69. 질병수술비(4일 이상 입원수술)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 같은 질병으로 아래 경우에 모두 해당되는 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(4일 이상 입원수술)로 지급합니다.

- ① 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 4일 이상 입원하여 퇴원하는 경우
- ② 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

③ 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
- ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

④ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마

귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

- ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosiis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

70. 재진단암진단비(2년 대기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

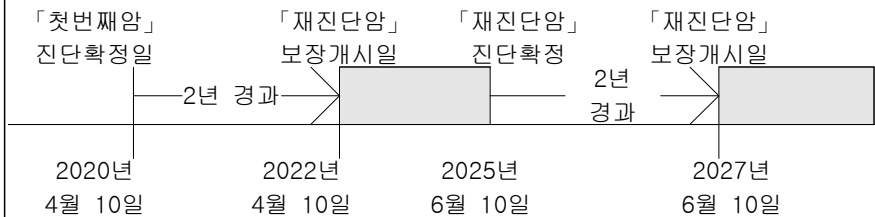
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)은 「재진단암」이라 합니다)

② 피보험자가 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다. 다만, 제9조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 재진단암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각 호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 재진단암 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
- ② 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

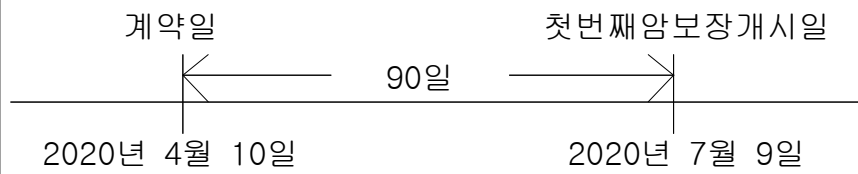
【재진단암보장개시일[예시]】



④ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 보장개시일을 말합니다. 그럼에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「재진단암」 진단확정일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 제1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

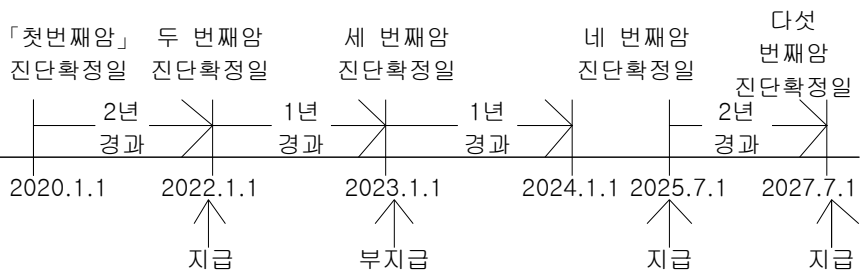
③ 제1항 제2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 「재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

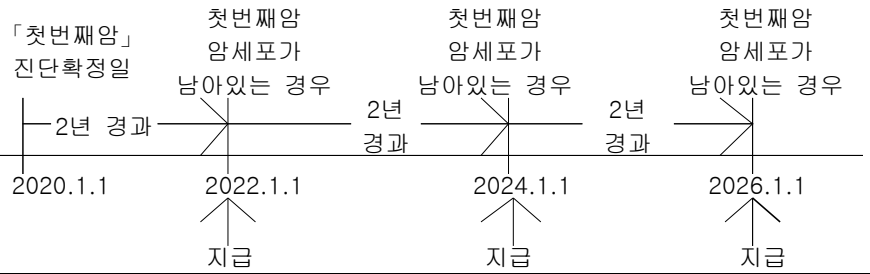
【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



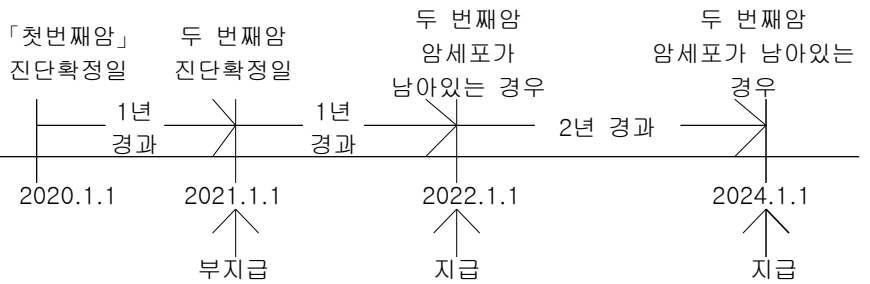
【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

재진단암의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자

가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

71. 재진단암진단비(1년 대기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

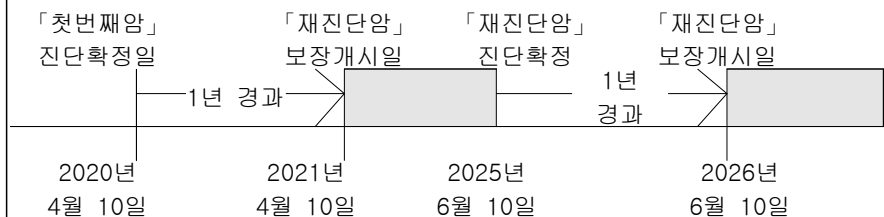
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)은 「재진단암」이라 합니다)

② 피보험자가 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다. 다만, 제9조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 재진단암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 재진단암 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
- ② 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

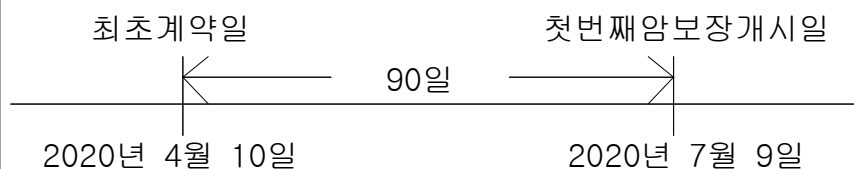
【재진단암보장개시일[예시]】



④ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 보장개시일을 말합니다. 그럼에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「재진단암」 진단확정일로부터 1년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

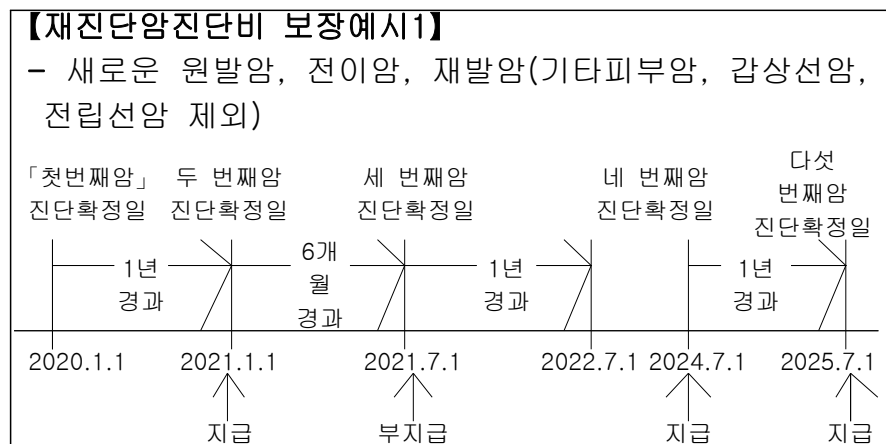
- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 제1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

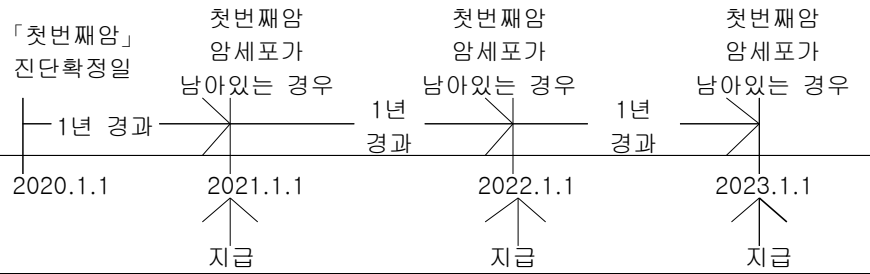
④ 제1항 제3호에서 「재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.



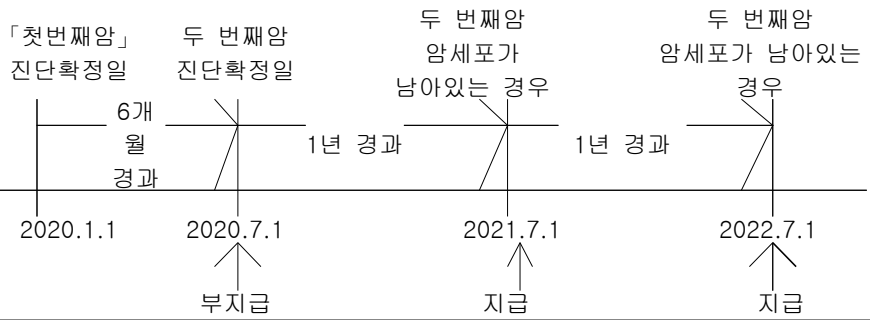
【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

재진단암의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부부터 1년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료

를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

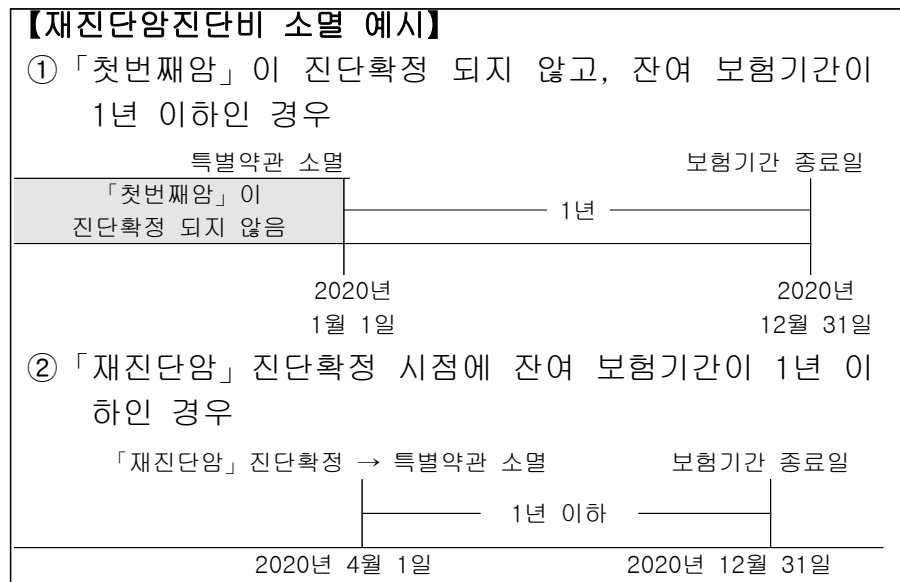
제9조(특별약관의 소멸)

① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
- ② 「재진단암」이 진단확정 되어 재진단암진단비가 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.



제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제 30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

72. 다발경화증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「다발경화증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다발경화증진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 다발경화증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 다발경화증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 다발경화증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(다발경화증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「다발경화증(Multiple Sclerosis)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 다발경화증(분류번호 G35)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「다발경화증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과전문의에 의하여 내려져야하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌척수액검사(CSF), 자기공명영상(MRI), 뇌유발전위검사(Brain E-P) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 '다발경화증'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 다발경화증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

73. 갱신형 재진단암진단비(2년 대기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

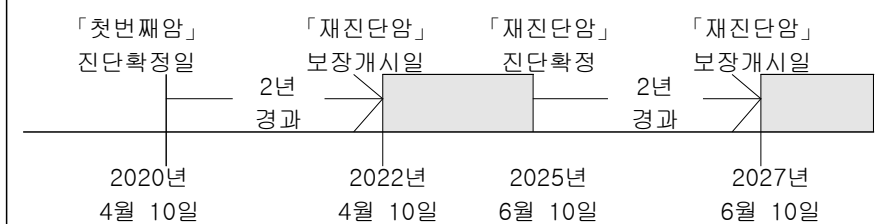
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)은 「재진단암」이라 합니다)

② 피보험자가 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 재진단암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각호를 따릅니다.

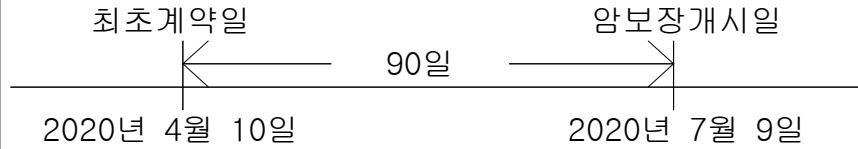
- ① 첫 번째 「재진단암」 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
- ② 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

【재진단암보장개시일[예시]】



④ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 보장개시일을 말합니다. 그럼에도 불구하고 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 첫번째암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 첫번째암보장개시일로 합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]
(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는

치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「재진단암」 진단확정일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

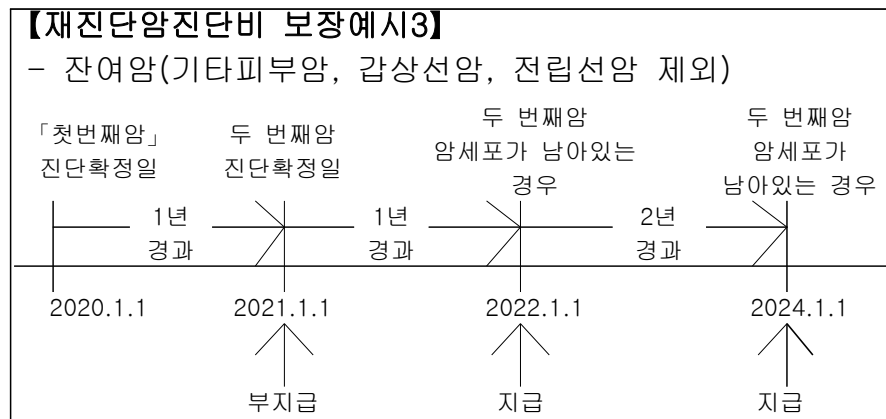
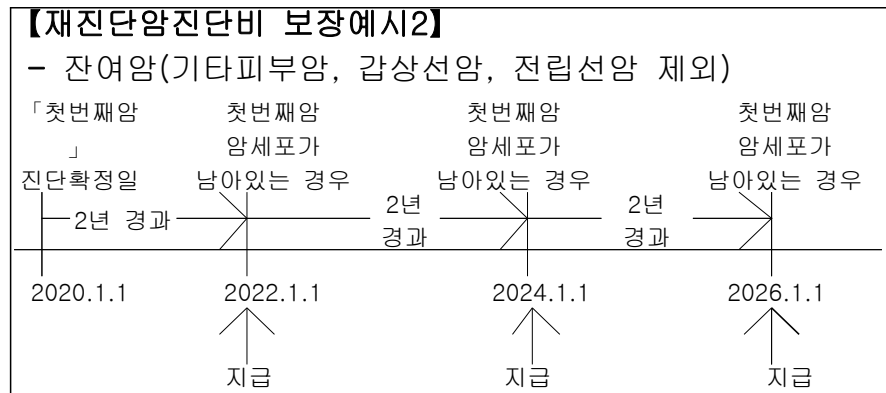
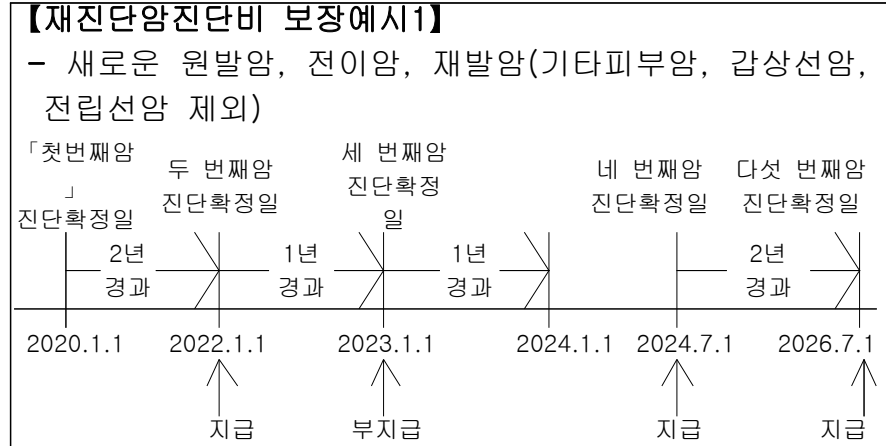
③ 제1항 2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 3호에서 「재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이

가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일 부터 2년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제8조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형,

20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

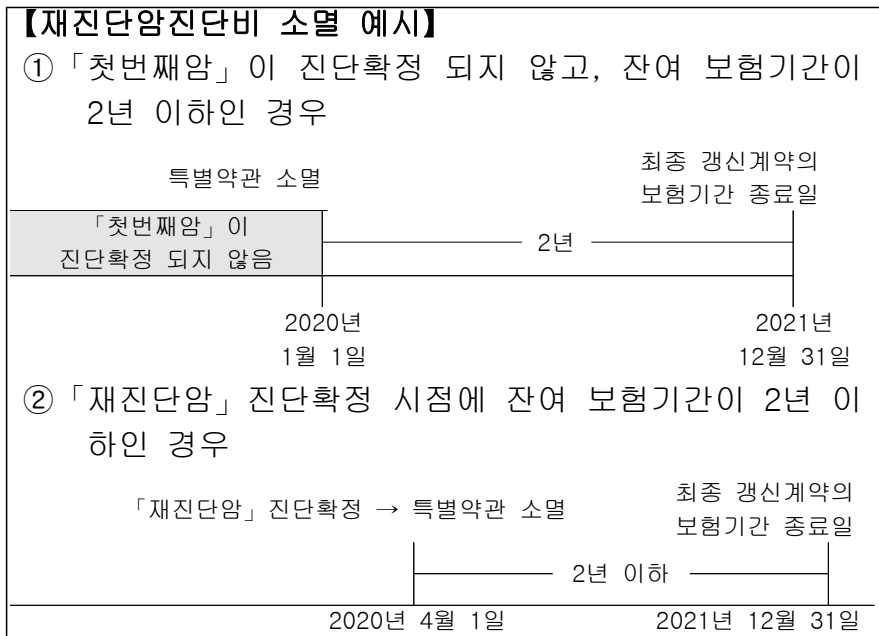
- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자

에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 최종 갱신된 특별약관의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
- ② 「재진단암」이 진단확정 되어 재진단암진단비가 지급되고, 최종 갱신된 특별약관의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우



② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 자동갱신)

① 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는

것으로 합니다.

- ① 특별약관 체결시 계약의 자동갱신을 선택하였을 것
- ② 갱신될 특별약관(이하 「갱신평약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
- ③ 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ④ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ⑤ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것

② 갱신평약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-2세)까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

④ 회사는 갱신평약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신평약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신평약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

74. 갱신형 재진단암진단비(1년 대기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

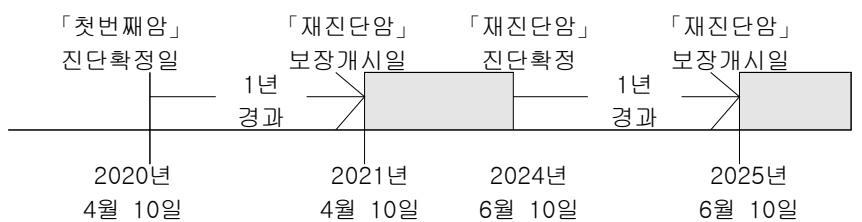
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)은 「재진단암」이라 합니다)

② 피보험자가 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 재진단암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 「재진단암」 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
- ② 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

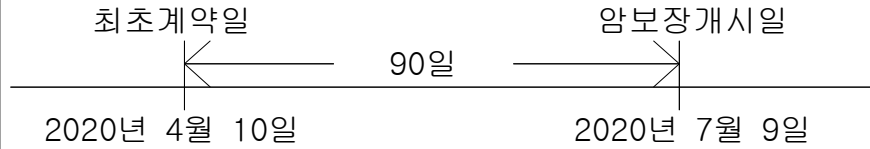
【재진단암보장개시일[예시]】



④ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 보장개시일을 말합니다. 그럼에도 불구하고 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 첫번째암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 첫번째암보장개시일로 합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는

치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「재진단암」 진단확정일로부터 1년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 3호에서 「재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

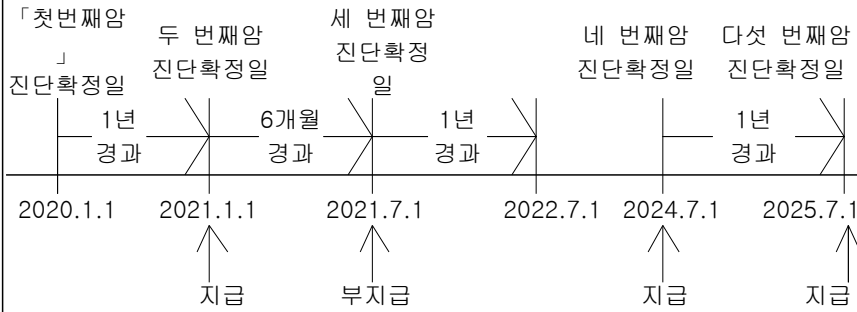
⑤ 제1항 4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이

가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

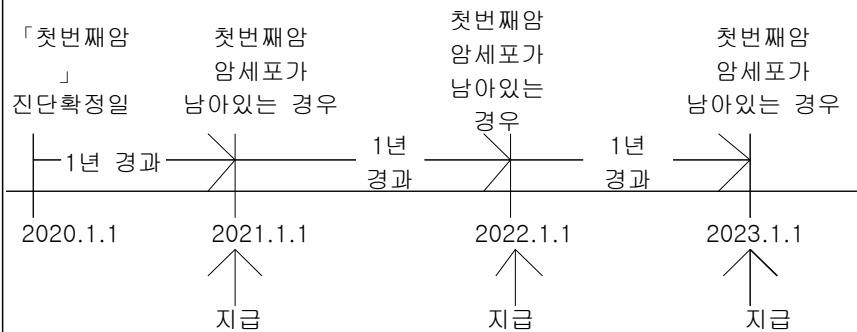
【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



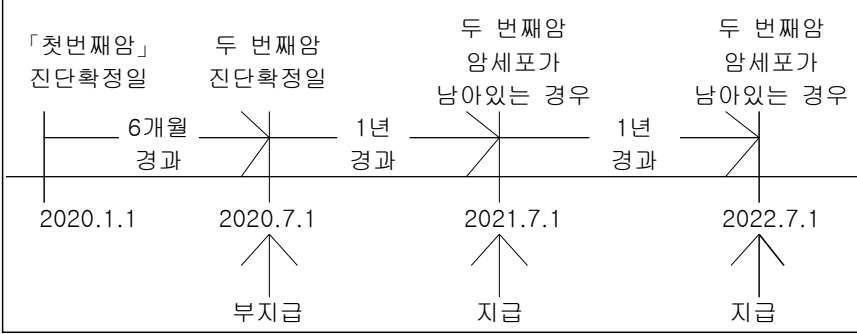
【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일 부터 1년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제8조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형,

20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

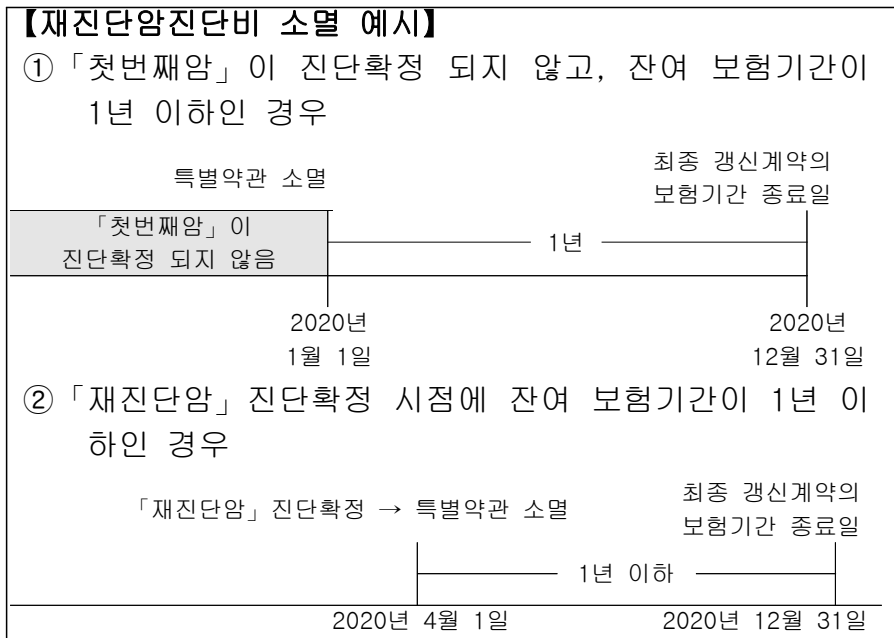
- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자

에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 최종 갱신된 특별약관의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
- ② 「재진단암」이 진단확정 되어 재진단암진단비가 지급되고, 최종 갱신된 특별약관의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우



② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 자동갱신)

① 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는

것으로 합니다.

- ① 특별약관 체결시 계약의 자동갱신을 선택하였을 것
- ② 갱신될 특별약관(이하 「갱신평약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
- ③ 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ④ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ⑤ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것

② 갱신평약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-1)세까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-1)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

④ 회사는 갱신평약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신평약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신평약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

75. 유사암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	계약일부터 1년경과시점 이 후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암진단비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

㉔ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

76. 갱신형 유사암진단비보장 특별약관

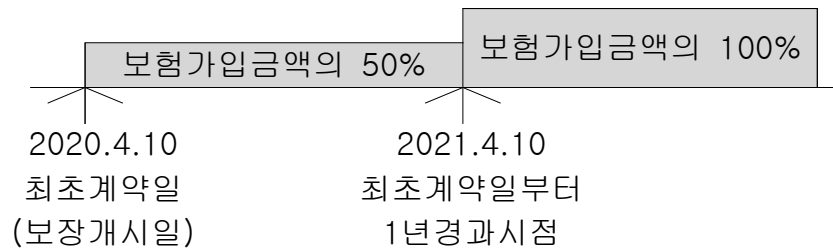
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암진단비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로

사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 유사암 진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 유사암 진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분

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

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

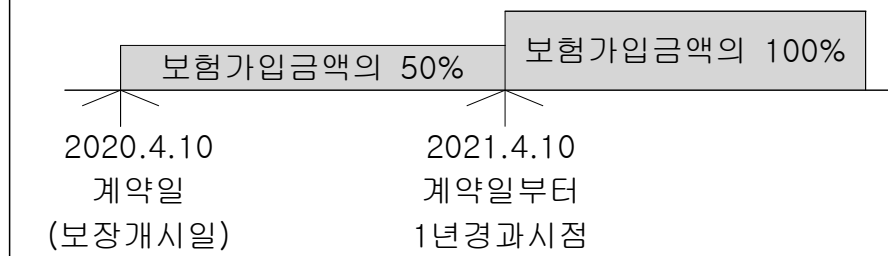
77. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌혈관질환진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병

으로 【별표52(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출) 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

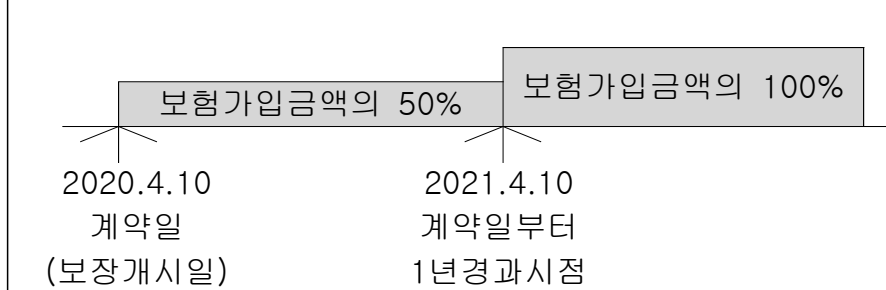
78. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【허혈성심장질환진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소명) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제7차 한

국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표53(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출) 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

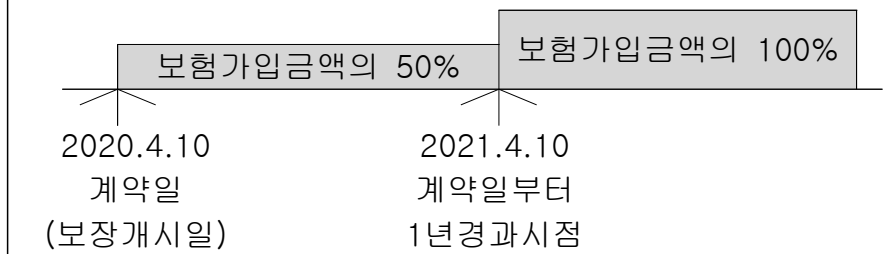
79. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌혈관질환수술비[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표52(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조

영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

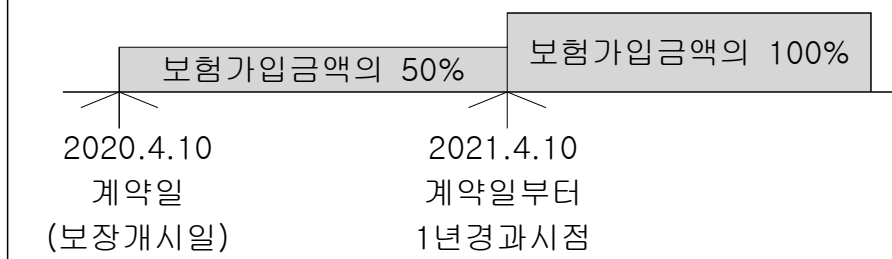
80. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그 「허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【허혈성심장질환수술비[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표53(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초

음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

81. 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유

장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉗ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

㉘ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

82. 64대질병수술비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 6개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 7대질병수술비보장
- 특정15대질병수술비보장
- 다빈도38대질병수술비보장
- 관절염,생식기질환수술비보장
- 치핵수술비보장
- 백내장수술비보장

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「64대질병」으로 진단확정되고 그 「64대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 64대질병수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
64대 질병	7대질병 수술비보장	7대질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	7대질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
	특정15대질병 수술비보장	특정15대질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	특정15대질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
	다빈도38대질병수 술비보장	다빈도38대질병수 술비보장 보험가입금액의 50%	다빈도38대질병수 술비보장 보험가입금액의 100%
	관절염·생식기 질환수술비보장	관절염생식기 질환수술비보장 보험가입금액의 50%	관절염생식기 질환수술비보장 보험가입금액의 100%
	치핵수술비보장	치핵수술비보장 보험가입금액의 50%	치핵수술비보장 보험가입금액의 100%

구 분		지급금액	
		계약일부 1년경과시점 전일 이전	계약일부 1년경과시점 이후
	백내장 수술비보장	백내장 수술비보장 보험가입금액의 50%	백내장 수술비보장 보험가입금액의 100%

【64대질병수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제5조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 64대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(64대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「64대질병」이라 함은 「7대질병」, 「특정15대질병」, 「다빈도38대질병」, 「관절염·생식기질환」, 「치핵」 및 「백내장」을 총칭합니다.

② 제1항의 「7대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표17(7대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.

③ 제1항의 「특정15대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정15대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표54(특정15대질병 분류표)】에서 정한 결핵, 패혈증,

갑상선질환, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 녹내장, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전을 말합니다.

④ 제1항의 「다빈도38대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 다빈도38대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표55(다빈도38대질병 분류표)】에서 정한 아래의 질병을 말합니다.

구 분	다빈도38대질병
10대 양성종양	소화기계통의 양성신생물(D13), 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물
호흡기/이비인후과 질환	급성상기도감염, 축농증, 편도염, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환
시각질환	황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환
비뇨기/신장질환	사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애
소화기질환	사타구니 탈장, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭담도질환
관절/척추질환	척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 골다공증
신경관련 질환	안면 신경장애, 단일신경병증

⑤ 제1항의 「관절염·생식기질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 관절염·생식기질환으로 분류되는 질병으로, 【별표43(관절염·생식기질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 제1항의 「치핵」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 치핵 및 항문주위 정맥의 혈전증으로 분류되는 질병으로, 【별표44(치핵 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 제1항의 「백내장」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 백내장으로 분류되는 질병으로, 【별표27(백내장 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 「64대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser)

수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

83. 31대질병수술비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 특정9대질병수술비보장
- 다빈도22대질병수술비보장

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「31대질병」으로 진단확정되고 그 「31대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 31대질병수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
31대 질병	특정9대질병 수술비보장	특정9대질병 수술비보장의 보험가입금액의 50%	특정9대질병 수술비보장의 보험가입금액의 100%
	다빈도22대질병 수술비보장	다빈도22대질병 수술비보장의 보험가입금액의 50%	다빈도22대질병 수술비보장의 보험가입금액의 100%

【31대질병수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제5조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 31대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(31대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「31대질병」이라 함은 「특정9대질병」 및 「다빈도22대질병」을 총칭합니다.
- ② 제1항의 「특정9대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정9대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표56(특정9대질병 분류표)】에서 정한 패혈증, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환을 말합니다.
- ③ 제1항의 「다빈도22대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 다빈도22대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표57(다빈도22대질병 분류표)】에서 정한 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신 생물, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 골다공증, 안면 신경장애, 단일신경병증을 말합니다.
- ④ 「31대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

84. 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특별약관

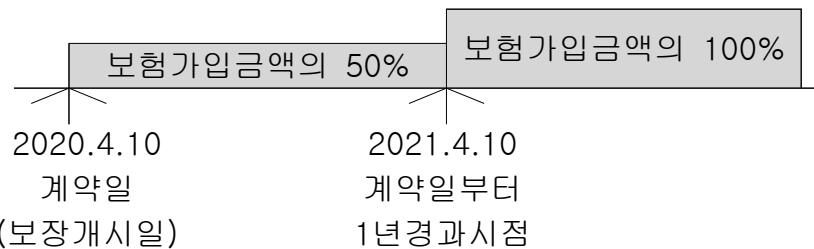
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「32대질병」으로 진단확정되고 그 「32대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 관혈수술을 받은 경우 각 질병당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 32대질병관혈수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

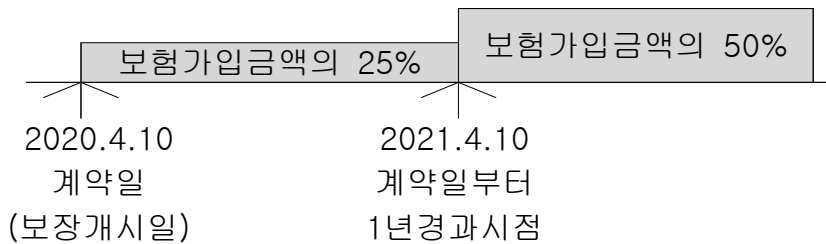
구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
32대 질병	특정28대질병 관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	4대질병 관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%

【32대질병관혈수술비[예시]】

< 특정28대질병 >



< 4대질병 >



② 제1항에서 「각 질병당」은 【별표58(32대질병 분류표)】의 질병구분을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함

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

제3조(32대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「32대질병」이라 함은 「특정28대질병」 및 「4대질병」을 총칭합니다.
- ② 제1항의 「특정28대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정28대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표58(32대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 갑상선질환, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전, 소화기계통의 양성신생물(D13), 중아·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정 장질환, 담석증, 담낭담도질환, 안면 신경장애를 말합니다.
- ③ 제1항의 「4대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 4대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표58(32대질병 분류표)】에서 정한 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 관절염, 생식기질환을 말합니다.
- ④ 「32대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피

임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 「관혈수술」이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다. 다만, 제5항에서 정한 「비관혈수술」은 포함되지 않습니다.

⑤ 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하

는 수술행위를 말하며, 특정질병 및 특정다빈도질병의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

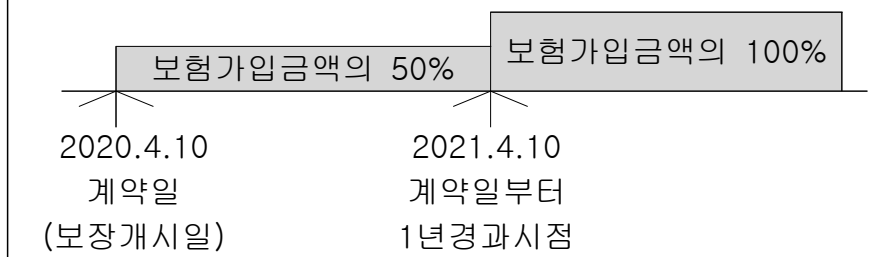
85. 5대질환수술비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「5대질환」으로 진단확정되고 그 「5대질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 각 질병당 「관혈/비관혈」 수술 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 5대질환 수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
5대질환	관혈 수술시	5대질환 수술비[관혈]보장 보험가입금액의 50%	5대질환 수술비[관혈]보장 보험가입금액의 100%
	비관혈 수술시	5대질환 수술비[비관혈]보장 보험가입금액의 50%	5대질환 수술비[비관혈]보장 보험가입금액의 100%

【5대질환수술비[예시]】



② 제1항에서 「각 질병당」은 【별표59(5대질환 분류표)】의 질병구분을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「5대질환」이라 함은 제7차 한국표준질

병사인분류에 있어서 5대질환으로 분류되는 질병으로, 【별표59(5대질환 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신부전 및 폐질환을 말합니다.

② 「5대질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 「관혈수술」이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 특정질병 및 특정다빈도질병의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

86. 요실금수술비(급여)(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「요실금」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요실금수술(급여)을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요실금수술비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(요실금, 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「요실금」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「요실금」으로 분류되는 질병으로, 【별표60(요실금 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「요실금」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「요실금수술(급여)」이라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「요실금수술」항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 【별표61(요실금수술 분류표)】에서 정한 「요실금수술 대상 진료행위코드」를 말합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정예 따라 「요실금수술 대상 진료행위코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「요실금수술 대상 진료행위코드」를 따릅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는

한의학사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진료비세부내역서(요실금수술 보험금의 경우 「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재), 진단서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에

서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

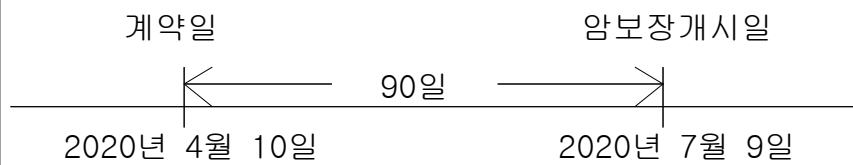
87. 암요양병원입원일당(II) (1일이상 60일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

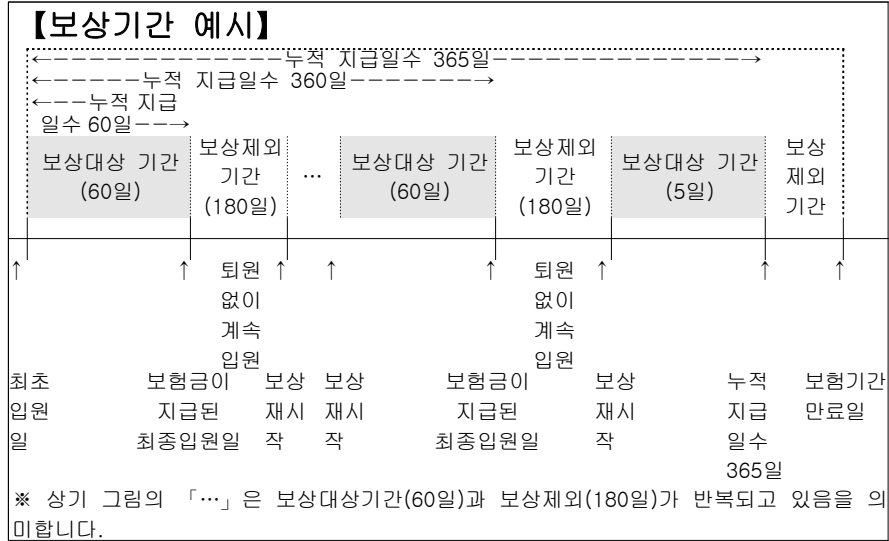
① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질

병으로 보지 않습니다.



⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별

표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고

의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

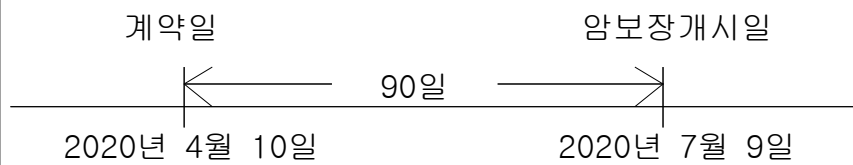
88. 암요양병원입원일당(II) (1일이상 90일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

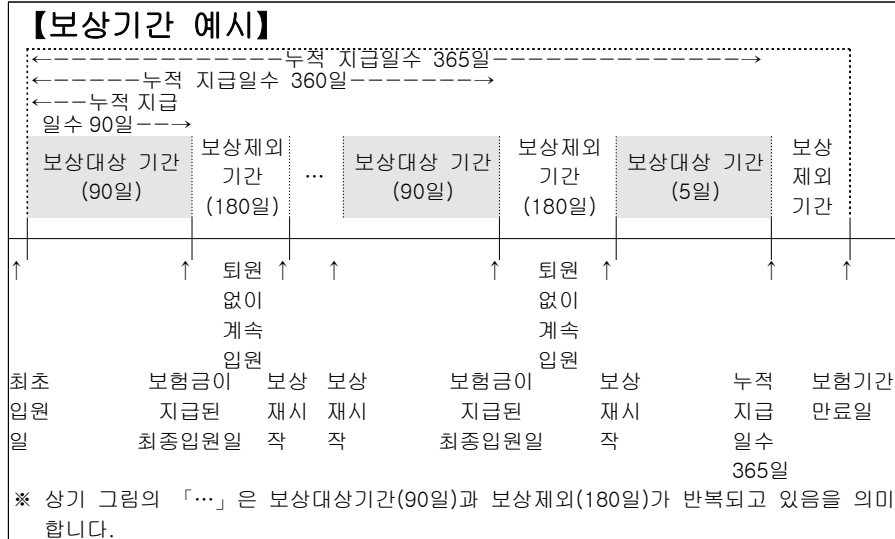
① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질

병으로 보지 않습니다.



⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별

표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고

의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

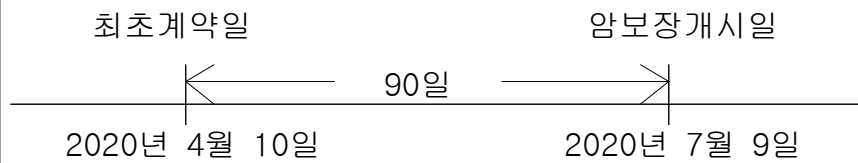
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

89. 갱신형 암요양병원입원일당(II) (1일이상 60일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

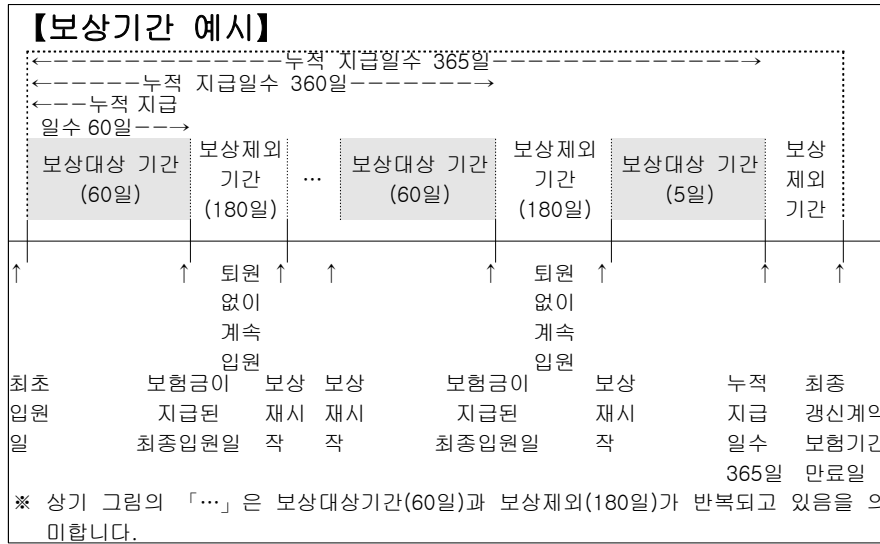
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으

로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보상기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이

전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제 30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

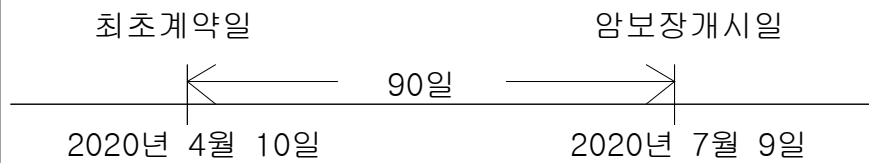
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제 10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

90. 갱신형 암요양병원입원일당(II) (1일이상 90일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

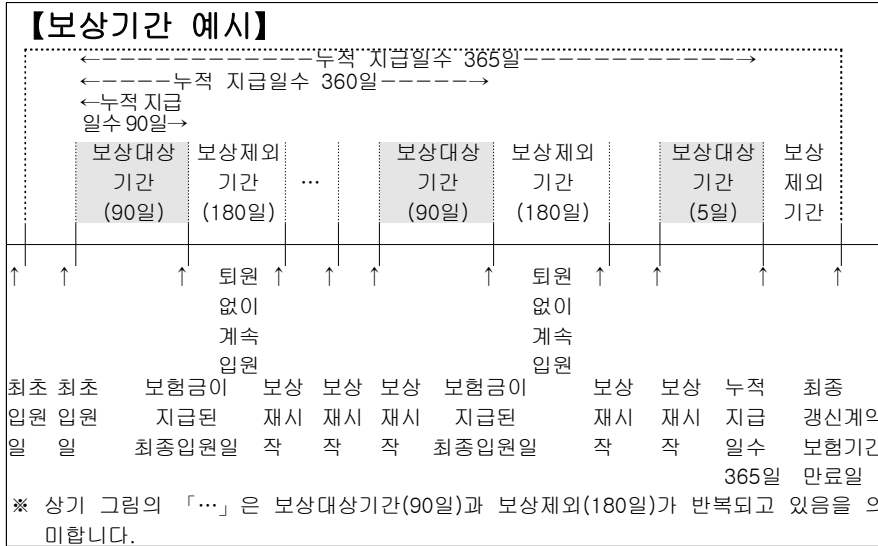
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으

로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보상기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이

전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제 30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제 10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

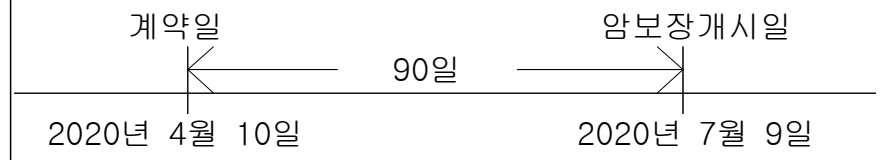
91. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소

건을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문

의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 연체된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며,

보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우
보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입
면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

92. 갱신형 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 보장 특별약관

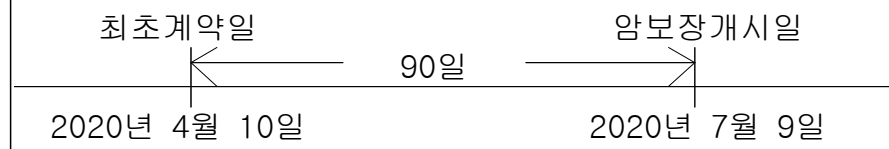
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학

의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물 치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 암보장개시일의 전일 이

전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

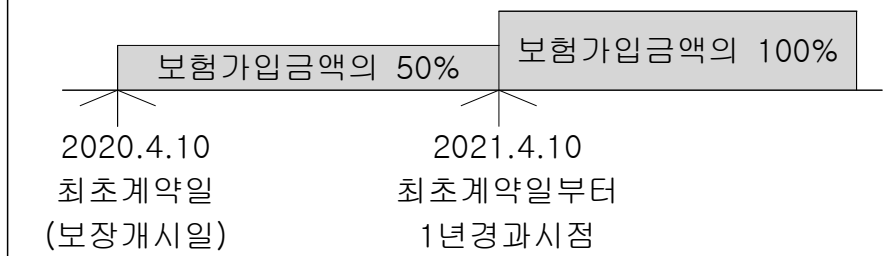
93. 갱신형 뇌혈관질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌혈관질환진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌혈관질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표52(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출) 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

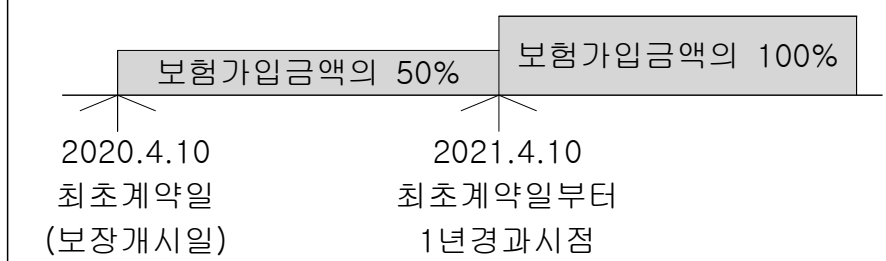
94. 갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【허혈성심장질환진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
허혈성심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표53(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출) 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

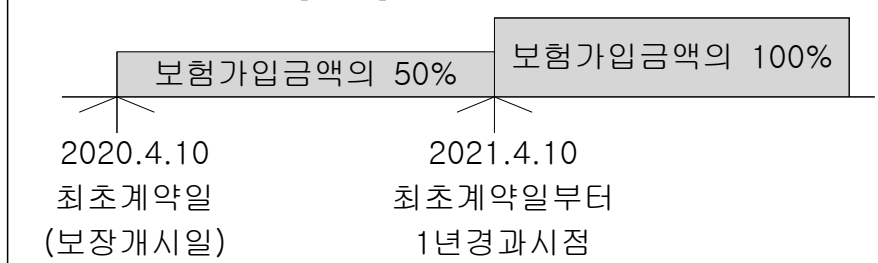
95. 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌혈관질환수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌혈관질환수술비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌혈관질환 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표

준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표52(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제 10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입 면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

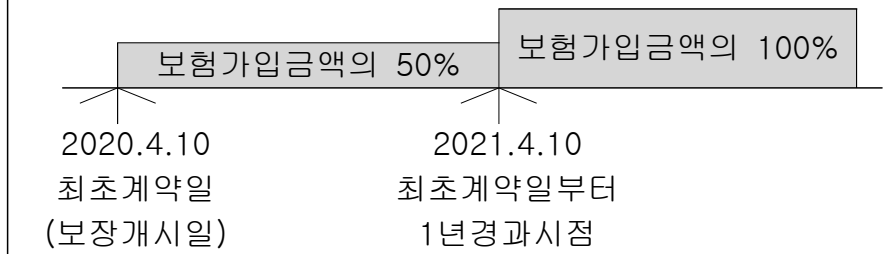
96. 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그 「허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【허혈성심장질환수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 허혈성심장질환수술비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
허혈성심장질환 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표53(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위예 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

97. 갱신형 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유

장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

98. 갱신형 64대질병수술비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 6개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 7대질병수술비보장
- 특정15대질병수술비보장
- 다빈도38대질병수술비보장
- 관절염,생식기질환수술비보장
- 치핵수술비보장
- 백내장수술비보장

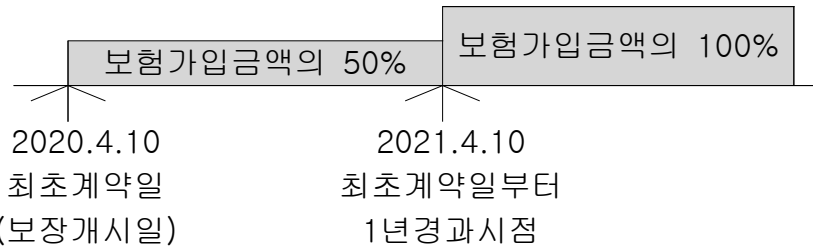
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「64대질병」으로 진단확정되고 그 「64대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 64대질병수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
64대 질병	7대질병 수술비보장	7대질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	7대질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
	특정15대질병 수술비보장	특정15대질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	특정15대질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
	다빈도38대질병수 술비보장	다빈도38대질병수 술비보장 보험가입금액의 50%	다빈도38대질병수 술비보장 보험가입금액의 100%
	관절염·생식기 질환수술비보장	관절염생식기 질환수술비보장 보험가입금액의 50%	관절염생식기 질환수술비보장 보험가입금액의 100%
	치핵수술비보장	치핵수술비보장 보험가입금액의 50%	치핵수술비보장 보험가입금액의 100%

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
백내장 수술비보장	백내장 수술비보장 보험가입금액의 50%	백내장 수술비보장 보험가입금액의 100%

【64대질병수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 64대질병수술비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 64대질병수술비로 지급합니다.

구 분	지급금액
7대질병 수술비보장	7대질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
특정15대질병 수술비보장	특정15대질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
다빈도38대질병수 술비보장	다빈도38대질병수술비보장 보험가입금액의 100%
관절염·생식기 질환수술비보장	관절염생식기 질환수술비보장 보험가입금액의 100%
치핵수술비보장	치핵수술비보장 보험가입금액의 100%
백내장 수술비보장	백내장수술비보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제5조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 64대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(64대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「64대질병」이라 함은 「7대질병」, 「특정15대질병」, 「다빈도38대질병」, 「관절염·생식기질환」, 「치핵」 및 「백내장」을 총칭합니다.
- ② 제1항의 「7대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표17(7대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.
- ③ 제1항의 「특정15대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정15대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표54(특정15대질병 분류표)】에서 정한 결핵, 패혈증, 갑상선질환, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 녹내장, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전을 말합니다.
- ④ 제1항의 「다빈도38대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 다빈도38대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표55(다빈도38대질병 분류표)】에서 정한 아래의 질병을 말합니다.

구 분	다빈도38대질병
10대 양성종양	소화기계통의 양성신생물(D13), 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물
호흡기/이비인후과 질환	급성상기도감염, 축농증, 편도염, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환
시각질환	황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환

구 분	다빈도38대질병
비뇨기/ 신장질환	사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애
소화기질환	사타구니 탈장, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭담도질환
관절/ 척추질환	척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 골다공증
신경관련 질환	안면 신경장애, 단일신경병증

㉓ 제1항의 「관절염·생식기질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 관절염·생식기질환으로 분류되는 질병으로, 【별표43(관절염·생식기질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

㉔ 제1항의 「치핵」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 치핵 및 항문주위 정맥의 혈전증으로 분류되는 질병으로, 【별표44(치핵 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

㉕ 제1항의 「백내장」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 백내장으로 분류되는 질병으로, 【별표27(백내장 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

㉖ 「64대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

㉗ 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서 치료의 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

99. 갱신형 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특별약관

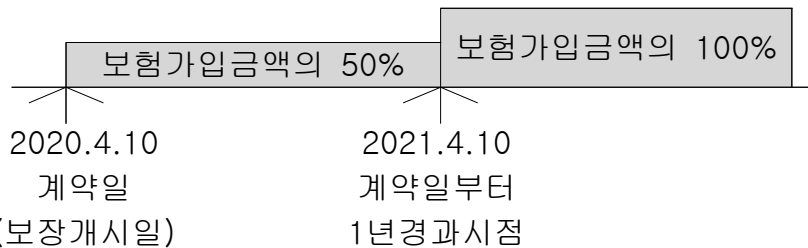
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「32대질병」으로 진단확정되고 그 「32대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 관혈수술을 받은 경우 각 질병당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 32대질병관혈수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

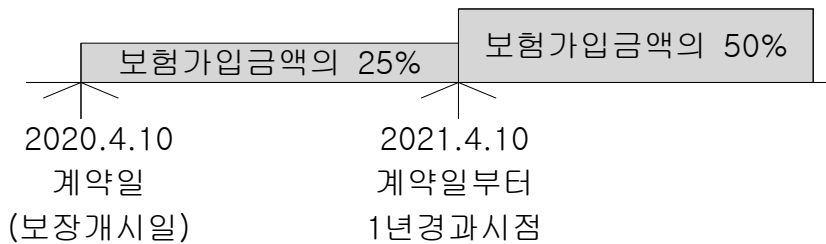
구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
32대 질병	특정28대질병 관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	4대질병 관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%

【32대질병관혈수술비[예시]】

< 특정28대질병 >



< 4대질병 >



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 32대질병관혈수술비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 32대질병관혈수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액
32대 질병	특정28대질병 관혈수술시	보험가입금액의 100%
	4대질병 관혈수술시	보험가입금액의 50%

③ 제1항에서 「각 질병당」은 【별표58(32대질병 분류표)】의 질병구분을 기준으로 합니다.

④ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(32대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「32대질병」이라 함은 「특정28대질병」 및 「4대질병」을 총칭합니다.

② 제1항의 「특정28대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정28대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표58(32대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 갑상선질환, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전, 소화기계통의 양성신생물(D13), 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정 장질환, 담석증, 담낭담도질환, 안면 신경장애를 말합니다.

③ 제1항의 「4대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 4대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표58(32대질병 분류표)】에서 정한 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 관절염, 생식기질환을 말합니다.

④ 「32대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈

관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

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

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 「관혈수술」이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다. 다만, 제5항에서 정한 「비관혈수술」은 포함되지 않습니다.

⑤ 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」, 「카테터수술」,

「신의료수술」을 말합니다.

- ① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
- ② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.
- ③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 특정질병 및 특정다빈도질병의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

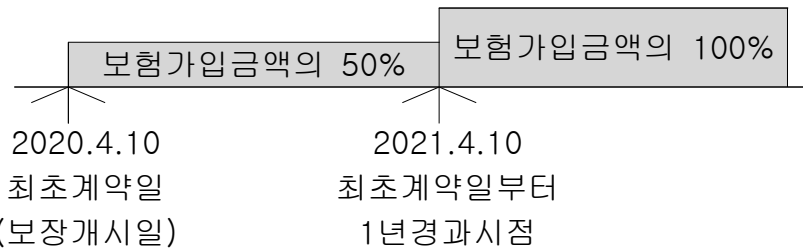
100. 갱신형 5대질환수술비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「5대질환」으로 진단확정되고 그 「5대질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 각 질병당 「관혈/비관혈」 수술 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 5대질환 수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이 전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
5대 질환	관혈 수술시	5대질환 수술비[관혈]보장 보험가입금액의 50%	5대질환 수술비[관혈]보장 보험가입금액의 100%
	비관혈 수술시	5대질환 수술비[비관혈]보장 보험가입금액의 50%	5대질환 수술비[비관혈]보장 보험가입금액의 100%

【5대질환수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 5대질환 수술비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 5대질환수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액
5대질 환	관혈 수술시	5대질환수술비[관혈]보장 보험가입금액의 100%
	비관혈 수술시	5대질환수술비[비관혈]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항에서 「각 질병당」은 【별표59(5대질환 분류표)】의 질병구분을 기준으로 합니다.

④ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「5대질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 5대질환으로 분류되는 질병으로, 【별표59(5대질환 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신부전 및 폐질환을 말합니다.

② 「5대질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 「관혈수술」이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 특정질병 및 특정다빈도질병의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

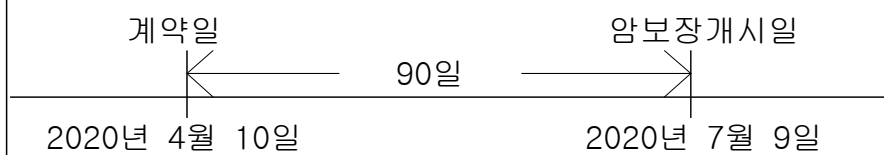
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

101. 항암가발비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 「항암가발보험금」으로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 항암가발을 현물로 지원받기를 원할 경우 항암가발보험금 대신 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 한도로 최초1회에 한하여 「항암가발」을 지급하여 드립니다. 다만, 가발회사의 폐업, 항암가발의 가격상승 등으로 인하여 「항암가발」을 지급할 수 없는 경우에는 그러하지 않습니다. 이 경우 보통약관 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다.
- ③ 제2항의 「항암가발」이라 함은 보험금청구 시점을 기준으로 회사가 지정한 가발회사에서 제작한 암환자용 가발로서, 보험금청구시 구체적인 품목 등을 알려드립니다.
- ④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4

(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인한 항암가발보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

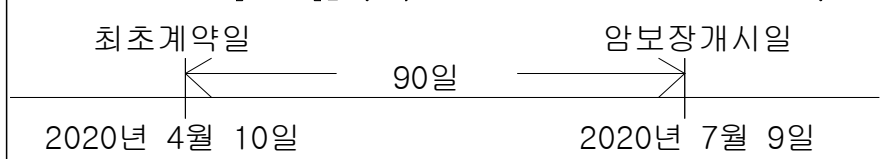
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

102. 갱신형 항암가발비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 「항암가발보험금」으로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 항암가발을 현물로 지원받기를 원할 경우 항암가발보험금 대신 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 한도로 최초1회에 한하여 「항암가발」을 지급하여 드립니다. 다만, 가발회사의 폐업, 항암가발의 가격상승 등으로 인하여 「항암가발」을 지급할 수 없는 경우에는 그러하지 않습니다. 이 경우 보통약관 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다.
- ③ 제2항의 「항암가발」이라 함은 보험금청구 시점을 기준으로 회사가 지정한 가발회사에서 제작한 암환자용 가발로서, 보험금청구시 구체적인 품목 등을 알려드립니다.
- ④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인한 항암가발보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

103. 갱신형 당뇨병진단비(당화혈색소 7.0%이상)보장 특별약관

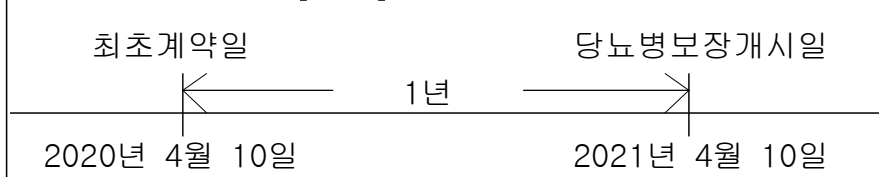
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 당뇨병보장개시일 이후에 「당뇨병(당화혈색소 7.0%이상)」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 당뇨병진단비(당화혈색소 7.0%이상)로 지급합니다.

② 피보험자가 당뇨병보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「당뇨병(당화혈색소 7.0%이상)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 당뇨병진단비(당화혈색소 7.0%이상)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 당뇨병진단비(당화혈색소 7.0%이상)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 당뇨병보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 당뇨병보장개시일로 합니다.

【당뇨병보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(당뇨병(당화혈색소 7.0%이상)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「당뇨병(당화혈색소 7.0%이상)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「당뇨병」으로 분류되는 질병으로 【별표33(당뇨병대상질병 분류표)】에서 정한 질병 중 당화혈색소(HbA1c) 7.0% 이상을 만족하는 당뇨병을 말합니다.

② 제1항의 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로

그램(National Glycohemoglobin Standardization Program : (NGSP)」에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial : DCCT)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.

③ 「당뇨병(당화혈색소 7.0%이상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 내려야 하며, 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「당뇨병(당화혈색소 7.0%이상)」 진단기준을 만족하는 경우였음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일

경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 당뇨병보장개시일의 전일 이전에 「당뇨병(당화혈색소 7.0%이상)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 당뇨병진단비(당화혈색소 7.0%이상) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 당뇨병보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

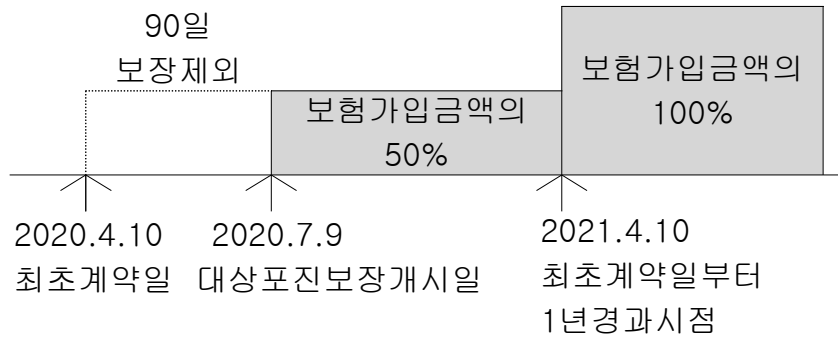
104. 갱신형 대상포진진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 대상포진보장개시일 이후에 「대상포진」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
대상포진 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【대상포진진단비[예시]】



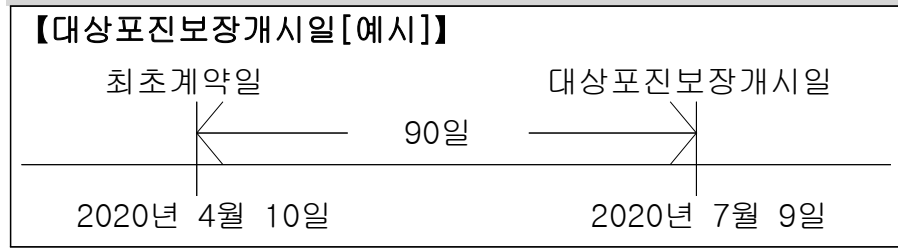
② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 대상포진으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
대상포진 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 대상포진보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 대상포진으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 대상포진진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 대상포진보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경

우에는 이 특별약관의 갱신일을 대상포진보장개시일로 합니다.



제2조(대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「대상포진」으로 분류되는 질병으로 【별표37(대상포진대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 대상포진보장개시일의 전일 이전에 「대상포진」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 대상포진보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

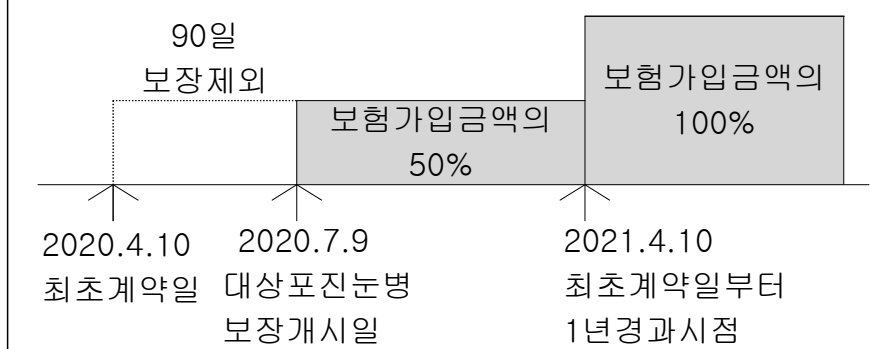
105. 갱신형 대상포진눈병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 대상포진눈병보장개시일 이후에 「대상포진눈병」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진눈병진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
대상포진눈병 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【대상포진눈병진단비[예시]】



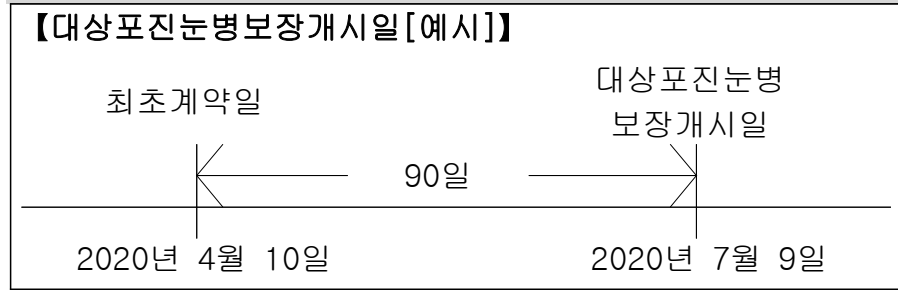
② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 대상포진눈병으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진눈병진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
대상포진눈병 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 대상포진눈병보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 대상포진눈병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 대상포진눈병진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 대상포진눈병진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 대상포진눈병보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 함

니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 대상포진눈병보장개시일로 합니다.



제2조(대상포진눈병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진눈병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「대상포진눈병」으로 분류되는 질병으로 **【별표45(대상포진눈병대상질병 분류표)】**에서 정한 질병을 말합니다.

② 「대상포진눈병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 대상포진눈병보장개시일의 전일 이전에 「대상포진눈병」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제

30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 대상포진눈병보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

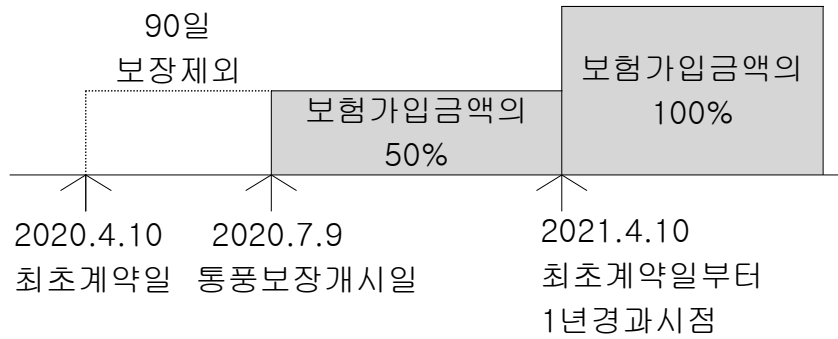
106. 갱신형 통풍진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 통풍 보장개시일 이후에 「통풍」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
통풍 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【통풍진단비[예시]】



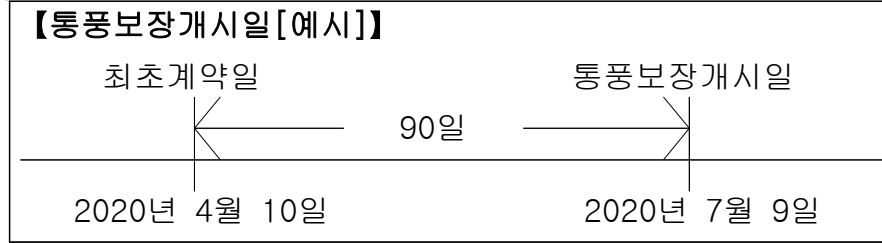
② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 통풍으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
통풍 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 통풍보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통풍으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 통풍진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 통풍보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우

에는 이 특별약관의 갱신일을 통풍보장개시일로 합니다.



제2조(통풍의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통풍」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「통풍」으로 분류되는 질병으로 **【별표 48(통풍대상질병 분류표)】**에서 정한 질병을 말합니다.

② 「통풍」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일

경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 통풍보장개시일의 전일 이전에 「통풍」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로

하여 통풍보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

107. 갱신형 간경변증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 「간경변증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간경변증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
간경변증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【간경변증진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 간경변증으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간경변증진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
간경변증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 간경변증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 간경변증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 간경변증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(간경변증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「간경변증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「간경변증」으로 분류되는 질병으로 【별표47(간경변증대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말

합니다.

② 「간경변증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 간생검을 통한 조직학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 「간경변증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점

의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변증진단비 지급 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

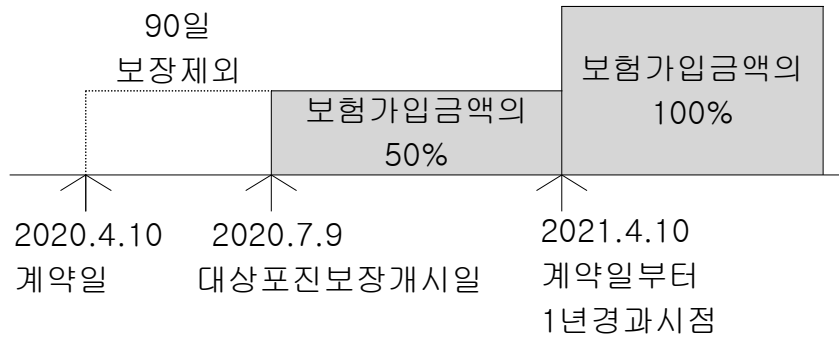
108. 대상포진진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 대상포진보장개시일 이후에 「대상포진」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
대상포진 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

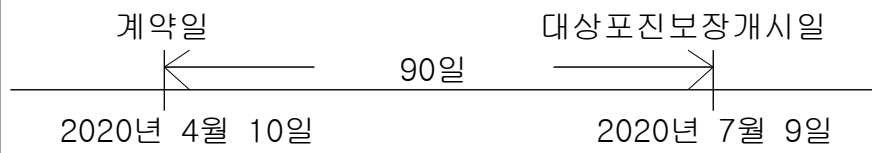
【대상포진진단비[예시]】



② 피보험자가 대상포진보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 대상포진으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 대상포진보장개시일이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

【대상포진보장개시일[예시]】



제2조(대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「대상포진」으로 분류되는 질병으로

【별표37(대상포진대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 대상포진보장개시일의 전일 이전에 「대상포진」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 대상포진보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

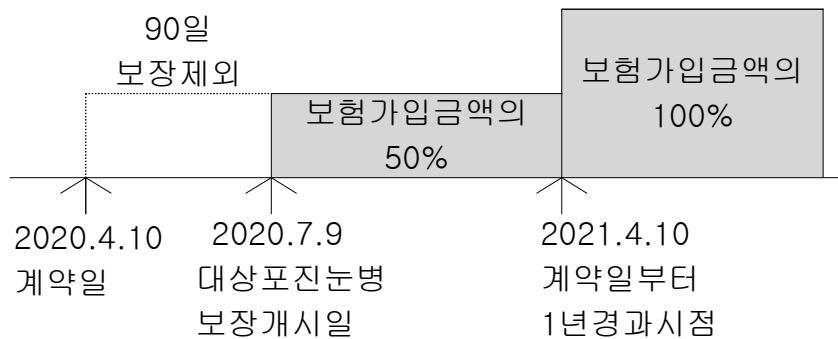
109. 대상포진눈병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 대상포진눈병보장개시일 이후에 「대상포진눈병」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진눈병진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
대상포진눈병 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

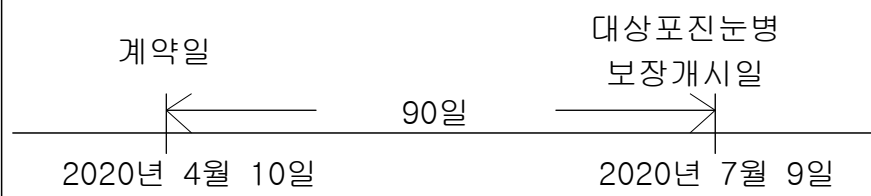
【대상포진눈병진단비[예시]】



② 피보험자가 대상포진눈병보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 대상포진눈병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진눈병진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 대상포진눈병진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 대상포진눈병보장개시일이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

【대상포진눈병보장개시일[예시]】



제2조(대상포진눈병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진눈병」이라 함은 제7차 한국 표준질병사인분류에 있어서 「대상포진눈병」으로 분류되는 질병으로 【별표45(대상포진눈병대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「대상포진눈병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 대상포진눈병보장개시일의 전일 이전에 「대상포진눈병」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제 30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 대상포진눈병보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제 10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

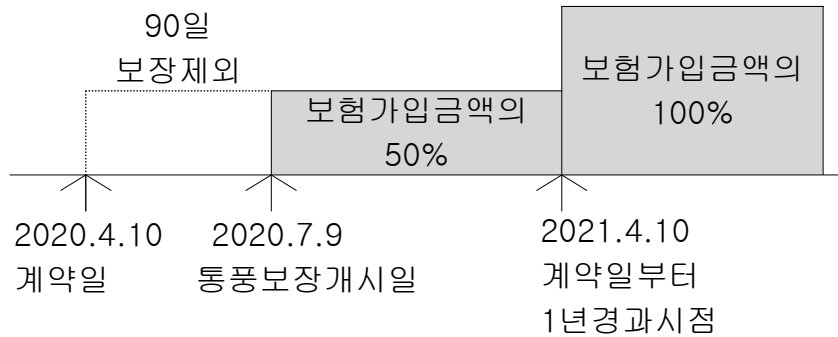
110. 통풍진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 통풍 보장개시일 이후에 「통풍」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
통풍 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

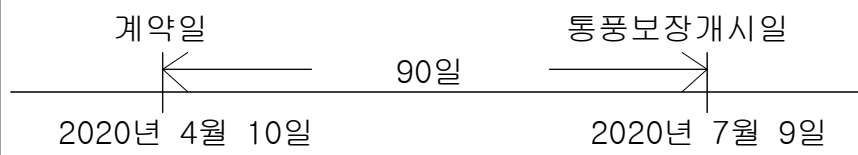
【통풍진단비[예시]】



② 피보험자가 통풍보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통풍으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 통풍진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 통풍보장개시일이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

【통풍보장개시일[예시]】



제2조(통풍의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통풍」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「통풍」으로 분류되는 질병으로 【별표 48(통풍대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「통풍」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 통풍보장개시일의 전일 이전에 「통풍」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제

30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 통풍보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

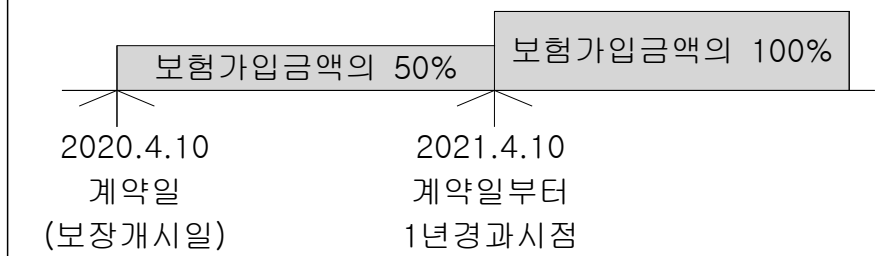
111. 간경변증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 「간경변증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간경변증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
간경변증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【간경변증진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 간경변증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 간경변증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 간경변증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(간경변증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「간경변증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「간경변증」으로 분류되는 질병으로 【별표47(간경변증대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「간경변증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 간생검을 통한 조직학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 「간경변증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요

청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

112. 갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관

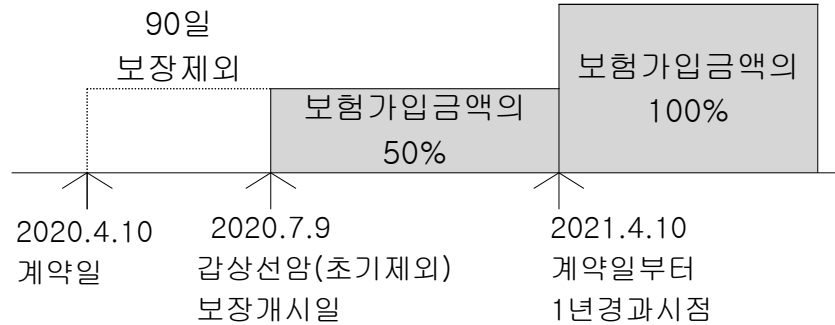
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 갑상선암(초기제외)보장개시일 이후에 「갑상선암(초기제외)」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선암(초기제외) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【갑상선암(초기제외)진단비[예시]】

(단, 갑상선암(초기제외)보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



② 피보험자가 갑상선암(초기제외)보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「갑상선암(초기제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 갑상선암(초기제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 갑상선암(초기제외)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 갑상선암(초기제외)보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【갑상선암(초기제외)보장개시일[예시]

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「초기갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」중에서 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 2.0cm미만으로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암(초기제외)」라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」중에서 제2항에서 정한 「초기갑상선암」을 제외한 질병을 말합니다.

④ 「갑상선암(초기제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 「갑상선암(초기제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 갑상선암(초기제외)보장개시일의 전일 이전에 「갑상선암(초기제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 갑상선암(초기제외)보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

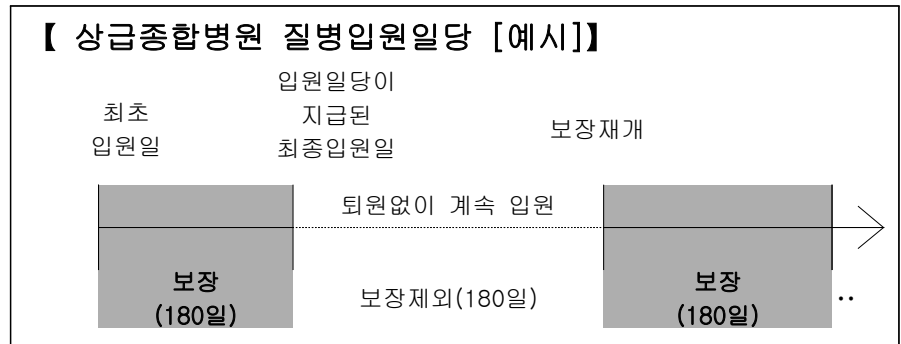
113. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하 「상급종합병원」 이라 합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 상급종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



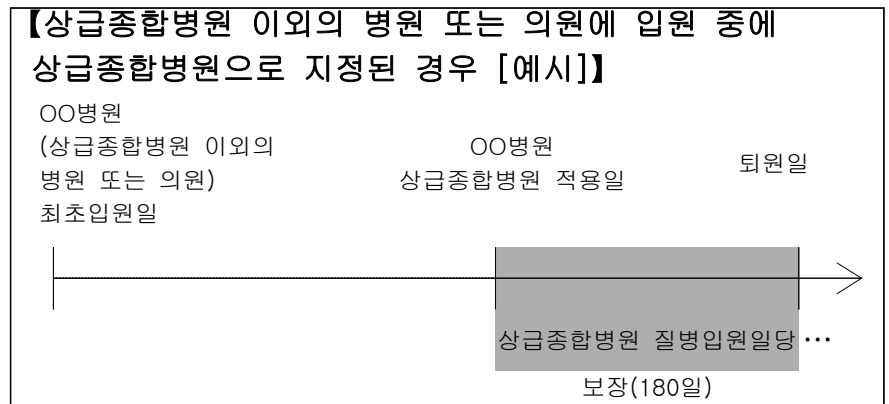
- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 질병입원일당의

전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

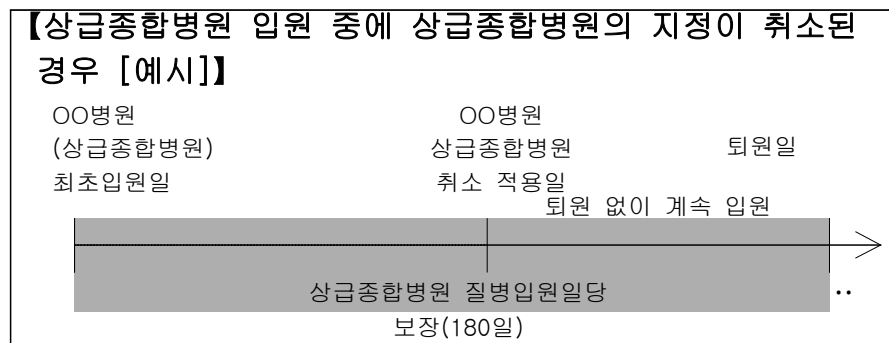
㉚ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

㉛ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

㉜ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.



㉝ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.



㉞ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

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

위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

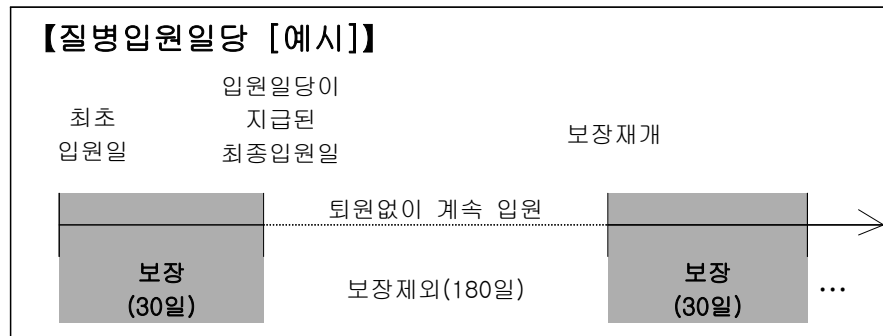
114. 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

㉔ 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

㉕ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

㉖ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2] 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

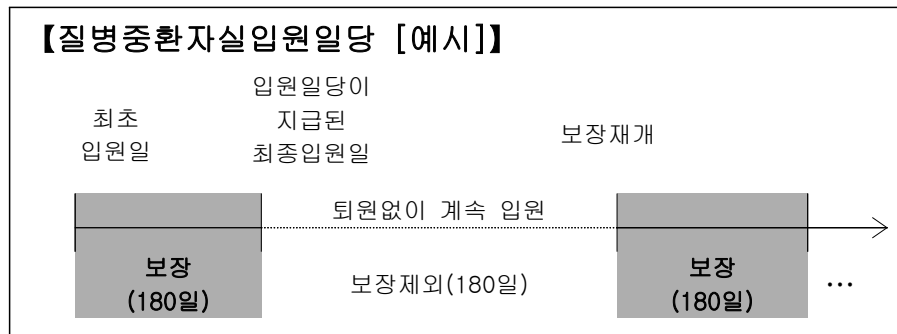
115. 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 질병중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병중환자실입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 「병상 1개당 면적」은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

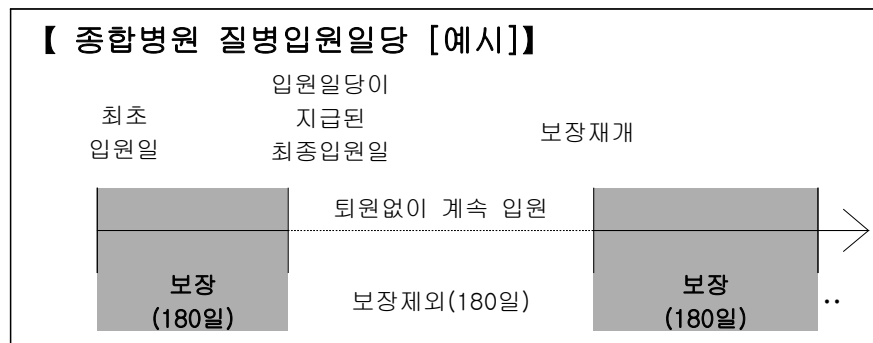
116. 종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하 「종합병원」이라 합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



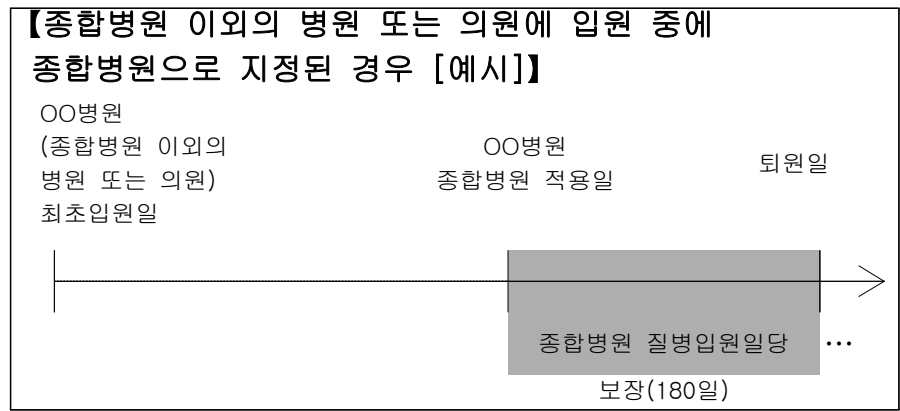
- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 질병입원일당의 전부

또는 일부를 지급하지 않습니다.

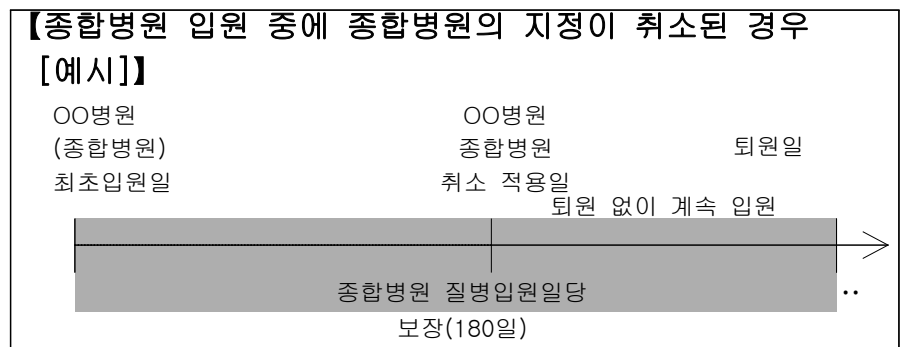
㉚ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

㉛ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

㉜ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.



㉝ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.



㉞ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다)외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자

가 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후 기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

④ 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

117. 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장 특별약관

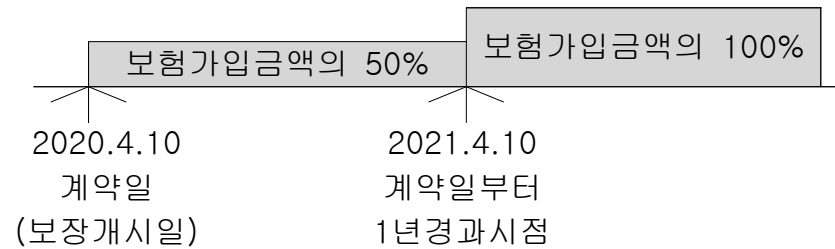
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「갑상선암」 및 「기타피부암」으로 진단확정된 이후 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 「전이암진단비」로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선암 및 기타피부암의 전이암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【전이암진단비[예시]】

< 갑상선암 및 기타피부암의 전이암 >



② 「갑상선암」 또는 「기타피부암」과 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」이 동시에 진단확정된 경우에도 제1항에 따라 보장합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 「전이암진단비」를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 전이암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

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

제3조(갑상선암, 기타피부암 및 갑상선암 및 기타피부암의 전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」이라 함은 제1항 및 제2항에서 정한 「갑상선암」 및 「기타피부암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표24(기관(organ) 분류표】 참조)과 다른 기관(organ)에 「전이암」으로 진단확정된 「암」을 말합니다.

④ 제3항의 「전이암」이라 함은 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

⑤ 제4항의 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

⑥ 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 「갑상선암」 및 「기타피부암」으로 인하여 ‘종피성 및 연조직’(【별표24(기관(organ)분류표】참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
- ② 「갑상선암」 및 「기타피부암」으로 인하여 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계’(【별표24(기관(organ)분류표】참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 전이암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 요로결석보장개시일의 전일 이전에 「요로결석」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 요로결석보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

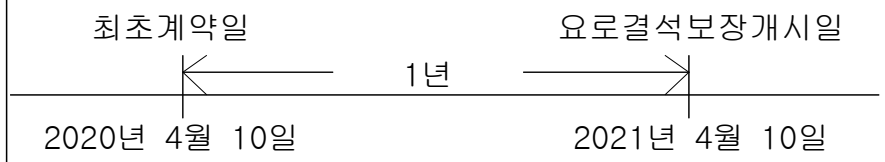
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

119. 갱신형 요로결석진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 요로결석보장개시일 이후에 「요로결석」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요로결석진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 요로결석보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「요로결석」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 요로결석진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 요로결석진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 요로결석보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 요로결석보장개시일로 합니다.

【요로결석보장개시일 [예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(요로결석의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「요로결석」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「요로결석」으로 분류되는 질병으로 **【별표32(요로결석 분류표)】**에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「요로결석」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사는 「요로결석」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험

자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 요로결석보장개시일의 전일 이전에 「요로결석」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험

료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비 지급 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 요로결석보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

120. 혈전용해치료비보장 특별약관

제1조의1(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌경색증(163)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(뇌경색증)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
혈전용해치료(뇌경색증)시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	혈전용해치료비(뇌경색증)보장 보험가입금액의 50%	혈전용해치료비(뇌경색증)보장 보험가입금액의 100%

【혈전용해치료비(뇌경색증)[예시]】

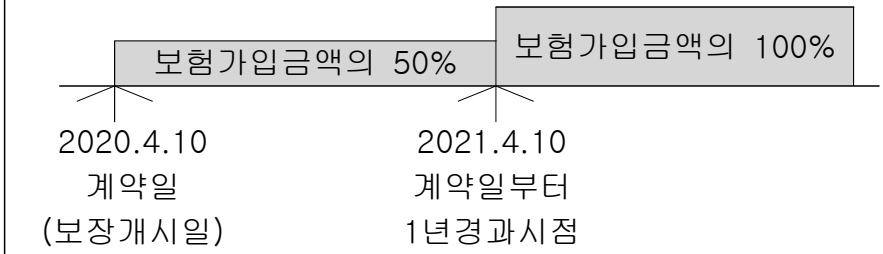


제1조의2(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증(121)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(급성심근경색증)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
혈전용해치료(급성심근경색증)시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	혈전용해치료비(급성심근경색증)보장 보험가입금액의 50%	혈전용해치료비(급성심근경색증)보장 보험가입금액의 100%

【혈전용해치료비(급성심근경색증)[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌경색증(I63)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌경색증(I63)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌경색증(I63)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌경색증(I63)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(급성심근경색증(I21)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여

위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(혈전용해치료의 정의)

① 「혈전용해치료」라 함은 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌경색증(I63)」 및 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비(뇌경색증) 또는 혈전용해치료비(급성심근경색증) 지급사유가 발생한 경우에는 각각의 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 소멸되는 부분에 대한 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에 따라 혈전용해치료비(뇌경색증) 또는 혈전용해치료비(급성심근경색증)에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

④ 제3항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제

10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출) 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

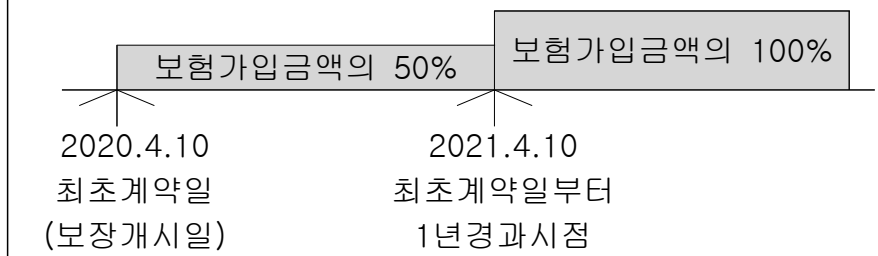
121. 갱신형 혈전용해치료비보장 특별약관

제1조의1(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌경색증(163)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(뇌경색증)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
혈전용해치료(뇌경색증)시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	혈전용해치료비(뇌경색증)보장 보험가입 금액의 50%	혈전용해치료비(뇌경색증)보장 보험가입 금액의 100%

【혈전용해치료비(뇌경색증)[예시]】



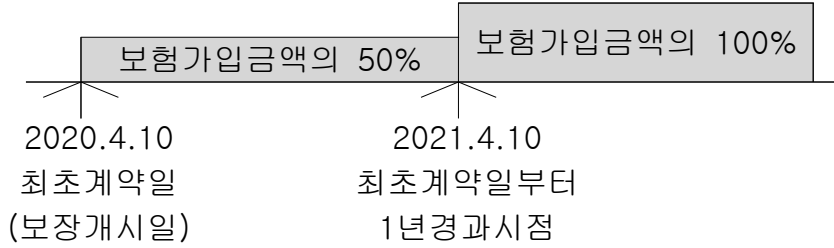
② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 혈전용해치료비(뇌경색증) 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 혈전용해치료비(뇌경색증)보장의 보험가입금액을 혈전용해치료비(뇌경색증)로 지급합니다.

제1조의2(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증(121)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(급성심근경색증)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
혈전용해치료(급성심근경색증)시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	혈전용해치료비(급성심근경색증)보장 보험가입금액의 50%	혈전용해치료비(급성심근경색증)보장 보험가입금액의 100%

【혈전용해치료비(급성심근경색증)[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 혈전용해치료비(급성심근경색증) 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 혈전용해치료비(급성심근경색증)보장의 보험가입금액을 혈전용해치료비(급성심근경색증)로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌경색증(163)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌경색증(163)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 163(뇌경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌경색증(163)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을

때에는 피보험자가 「뇌경색증(I63)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(급성심근경색증(I21)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(혈전용해치료의 정의)

① 「혈전용해치료」라 함은 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌경색증(I63)」 및 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제6조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비(뇌경색증) 또는 혈전용해치료비(급성심근경색증) 지급사유가 발생한 경우에는 각각의 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 소멸되는 부분에 대한 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에 따라 혈전용해치료비(뇌경색증) 또는 혈전용해치료비(급성심근경색증)에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

④ 제3항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기

환급금의 지급) 및 제38조(중도인출) 제외하며, 보통약관 1
종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제
27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한
세부규정)도 제외합니다.

122. 중대한재생불량성빈혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「중대한재생불량성빈혈」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한재생불량성빈혈진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 중대한재생불량성빈혈으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 중대한재생불량성빈혈진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 중대한재생불량성빈혈진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중대한재생불량성빈혈」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말하며, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 보장에서 제외 됩니다.

② 제1항의 「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm³미만이거나, 또는 골수세포총실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

- ① 호중구 수가 500/mm³미만
- ② 혈소판 수가 20,000/mm³미만
- ③ 망상적혈구 수가 20,000/mm³미만

③ 「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에

게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한재생불량성빈혈진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

Ⅲ. 상해 및 질병 관련 특별약관

1. 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 「5대장기이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대장기이식수술의 정의)

이 특별약관에서 「5대장기」라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서 치료의 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2. 유방절제수술복원치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 【별표16(유방절제수술 분류표)】에서 정한 「유방절제수술(Total Mastectomy)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술복원치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「유방절제수술(Total Mastectomy)」은 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑤ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑥ 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술복원치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

3. 인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 아래에 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 인공관절수술비로 지급합니다.

- ① 고관절(엉덩이관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 「인공관절치환술」을 받은 경우
- ② 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 「인공골두삽입술」을 받은 경우

② 제1항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

4. 각막이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 「각막이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(각막이식수술의 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.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

5. 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 「깁스(Cast)치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 깁스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(깁스(cast)치료의 정의)

이 특별약관에서 「깁스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

6. 장기요양급여금(1~4등급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 장기요양급여금(1~4등급)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 판정기준은 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

- ① 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험

금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

④ 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

- ② 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 - ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 - ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(1~4등급) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우

보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입
면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

7. 장기요양급여금(1~2등급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 장기요양급여금(1~2등급)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급 또는 2등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 판정기준은 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

- ① 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

④ 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(1~2등급) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

8. 장기요양급여금(1등급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 장기요양급여금(1등급)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 판정기준은 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

- ① 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

④ 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본

증명서 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(1등급) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

9. 중증치매간병비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 제2조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증치매상태」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험가입금액 전액을 중증치매간병비로 지급합니다.

제2조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증치매상태」라 함은 아래 각호에 모두 해당되는 「치매」로 「중증 인지기능의 장애」가 발생하여, 「중증치매상태」로 진단된 경우를 말합니다.

- ① 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
- ② 정상적으로 성숙한 뇌가 ①에 의한 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 제1항에서 정한 「중증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당하는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

【CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)】

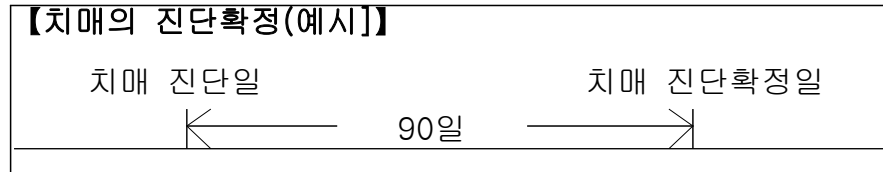
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

③ 제1항에서 정한 「중증치매상태」의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

④ 제1항의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피

보험자의 「중증치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 중증치매상태로 진단확정됩니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 제1항의 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중증치매상태」로 최종 진단확정될 수 있습니다.

⑤ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제2조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 「중증치매상태」로 진단되었으나 「중증치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 「중증치매상태」로 진단된 시점부터 90일이상 계속되어 「중증치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
- ② 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
- ③ 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보

험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

- ① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
- ② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

④ 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제

출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매간병비 지급 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

10. 80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 또는 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 80%이상후유장해 생활자금으로 제2항에서 정한 생활자금 지급기간동안 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
상해 80%이상 후유장해 발생시 또는 질병 80%이상 후유장해 발생시	보험가입금액을 매월 생활자금 지급기간동안 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【생활자금 지급 예시】

(기준) 가입금액 : 10만원

보험종료연령 : 100세

보험금 지급사유 발생시 보험나이: 60세

→ 생활자금 지급기간 : 40년

총지급금액	지급기준	가입금액	1회 지급액
4,800만원	보험가입금액×480회 ^{주)}	10만원	10만원

주) 480회= 40년(=100세-60세)×12회

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2020년 1월 31일

→ 보험금 지급일 : 2020년 2월 29일

다만, 상해로 보험금 지급사유가 발생한 후 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병에 대한 80%이상후유장해 생활자금은 지급하지 않습니다. 또한 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 후 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해에 대한 80%이상후유장해 생활자금은 지급하지 않습니다.

② 제1항의 생활자금 지급기간이라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 보험종료연령의 보험금 지급사유 발생해당일 이전까지의 기간을 말합니다. 다만, 생활자금 지급기간이 5년 미만인 경우 생활자금 지급기간은 5년으로 합니다.

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이

가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

④ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 특별약관에서 80%이상후유장해 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 80%이상후유장해 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 80% 이상후유장해 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장

해 상태에 해당되는 80%이상후유장해 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 80%이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

11. 응급실내원비(응급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「응급환자」에 해당되어 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비(응급)으로 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【별표1】응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적

- 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
 - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
 - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
 - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
 - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
 - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
 - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물체에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

12. 응급실내원비(비응급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「응급환자」에 해당되지는 않으나 질병 또는 상해로 인하여 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비(비응급)으로 지급합니다. 이 때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항부터 제2항까지의 규정에서 정한 사항에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임

및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
- ④ 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- ⑧ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
- ③ 아래에 열거된 치료
 1. 단순한 피로 또는 권태
 2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ④ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
 1. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은

보상합니다), 주름살제거술 등

2. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 3. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 4. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 5. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
- ⑤ 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표1]응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성시력손실

- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
- 2. 응급증상에 준하는 증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

13. 보험료납입지원 (80%이상후유장해 및 8대질병진단)보장 특별약관

* 이 특별약관은 1종(보험료 납입면제 미적용형) 가입시에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 보험료납입지원금으로 제2항에서 정한 보험료 납입지원금 지급기간 동안 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

- ① 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ② 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 보험기간 중에 암보장개시일 이후 「암」으로 진단확정되었을 경우
- ④ 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
- ⑤ 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑥ 보험기간 중에 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
- ⑦ 보험기간 중에 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
- ⑧ 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑨ 보험기간 중에 「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 경우
- ⑩ 보험기간 중에 「중대한재생불량성빈혈」으로 진단확정되었을 경우

구 분	지급금액
상해 80%이상 후유장해 발생시, 질병 80%이상 후유장해 발생시, 암진단시, 뇌졸중진단시, 급성심근경색증진단시, 말기폐질환진단시, 말기간경화진단시, 말기신부전증진단시, 양성뇌종양진단시 또는 중대한재생불량성빈혈진단시	보험가입금액을 매월 보험료납입지원금 지급기간동안 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험료납입지원금 지급 예시】

(기준) 가입금액 : 10만원

보험기간 : 20년

보험금 지급사유 발생시 경과기간 : 3년

→ 보험료납입지원금 지급기간 : 17년

총지급금액	지급기준	가입금액	1회 지급액
2,040만원	보험가입금액×204회 ^{주)}	10만원	10만원

주) 204회= 17년(20년-3년)×12회

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2020년 1월 31일

→ 보험금 지급일 : 2020년 2월 29일

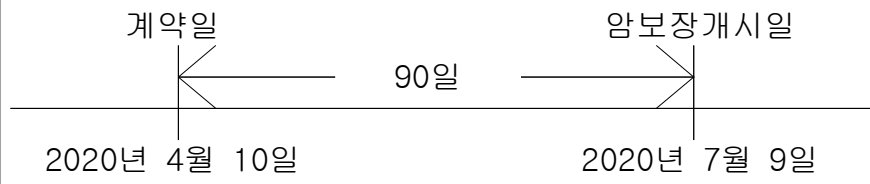
② 제1항의 보험료납입지원금 지급기간이라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 만기일 이전까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료납입지원금 지급기간이 15년미만인 경우 보험료납입지원금 지급기간은 15년으로 합니다.

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

④ 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암」으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」, 「말기신부전증」, 「양성뇌종양」 또는 「중대한재생불량성빈혈」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험금을 지급합니다. 다만, 제11조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 보험료납입지원금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일

또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

㉘ 계약자는 피보험자가 「암보장개시일」 이전에 「암」으로 진단확정 된 경우에는 그 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내 이 특별약관을 취소 할 수 있으며 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

㉙ 「암보장개시일」 이전에 「암」으로 진단확정 되었으나, 제 8항에 따라 계약자가 이 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 이 특별약관의 보장개시일부터 「암보장개시일」 이전에 진단확정 된 「암」이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입지원금 지급사유가 발생한 경우라도 보험료납입지원금을 지급하지 않습니다.

다만, 청약일부터 「암보장개시일」 전일 이전에 「암」으로 진단 확정 받더라도 「암보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 「암」으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 「암보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

㉑ 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

㉒ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

㉓ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

㉑ 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질

병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(말기폐질환의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「말기폐질환」이라 함은 【별표10(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」을 말합니다.

제7조(말기간경화의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「말기간경화」이라 함은 【별표11(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」을 말합니다.

제8조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제7차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

② 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조(양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

② 제1항의 「양성뇌종양」은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

③ 「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중대한재생불량성빈혈」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말하며, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 보장에서 제외 됩니다.

② 제1항의 「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm³미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

- ① 호중구 수가 500/mm³미만
- ② 혈소판 수가 20,000/mm³미만
- ③ 망상적혈구 수가 20,000/mm³미만

③ 「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험료납입지원금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

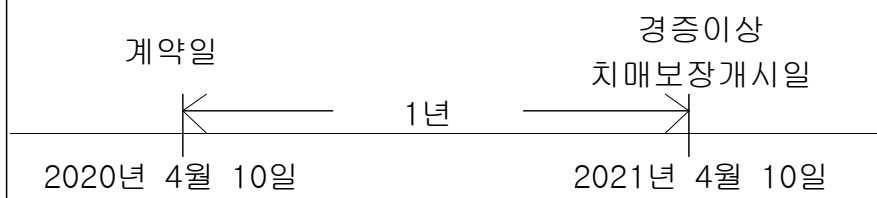
14. 경증이상 치매간병비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 경증이상 치매보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 제2조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경증이상 치매상태」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 경증이상 치매간병비로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 경증이상 치매보장개시일이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 「경증이상 치매상태」가 발생한 경우에는 계약일을 경증이상 치매보장개시일로 합니다.

【경증이상 치매보장개시일[예시]】



제2조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「경증이상 치매상태」라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 「치매」로 「경증이상 인지기능의 장애」가 발생하여, 「경증이상 치매상태」로 진단된 경우를 말합니다.

- ① 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
- ② 정상적으로 성숙한 뇌가 ①에 의한 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 제1항에서 정한 「경증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

【CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)】

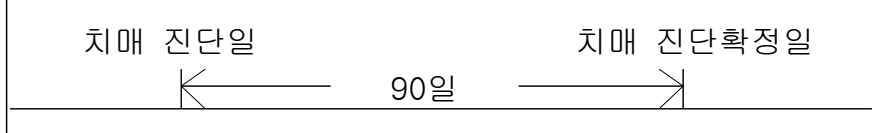
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

③ 제1항에서 정한 「경증이상 치매상태」의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

④ 제1항의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「경증이상 치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 경증이상 치매상태로 진단확정됩니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 제1항의 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경증이상 치매상태」로 최종 진단확정될 수 있습니다.

⑤ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

【치매의 진단확정(예시)】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제2조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 「경증이상 치매상태」로 진단되었으나 「경증이상 치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 「경증이상 치매상태」로 진단된 시점부터 90일이상 계속 되어 「경증이상 치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아

래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
- ② 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
- ③ 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 경증이상 치매보장개시일의 전일 이전에 「치매」로 「경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

- ① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
- ② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

④ 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경

지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험 또는 보험료 납입면제들을 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 경증이상 치매간병비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제

30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 경증이상 치매보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

15. 신김스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 「신김스치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 진료행위별 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신김스치료비 보험금으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 두가지 이상의 신김스치료를 받은 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 산출한 보험금을 합산하여 지급하나, 신체 동일 부위에 대한 동일한 「신김스치료」는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 회사가 지급하여야 할 하나의 상해 또는 질병으로 인한 신김스치료비 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

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

제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표)

① 이 특별약관에서 있어 「신김스치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 신김스치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「신김스치료 급여인정기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위명칭	진료 행위 코드	지급률
손가락캐스트	T6090	5%
단상지[전완으로부터 수부까지]	T6030	10%
장상지[상완으로부터 수부까지] 8자형 석고	T6020 T6120	20%
단하지[하퇴로부터 족부까지]-Without Walker 단하지[하퇴로부터 족부까지]-With Walker 슬개건 부하캐스트 견수상[흉부로부터 수부까지] 벨포캐스트	T6060 T6061 T6063 T6010 T6110	30%
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트 장하지[대퇴로부터 족부까지]-Without Walker 장하지[대퇴로부터 족부까지]-With Walker Risser형 체간캐스트 Minerva형 체간캐스트	T6050 T6051 T6052 T6080 T6070	40%
고수상[요부로부터 족부까지, 척추 cast포함]	T6040	60%

㉔ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「신김스치료 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「신김스치료 급여인정기준」을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며,

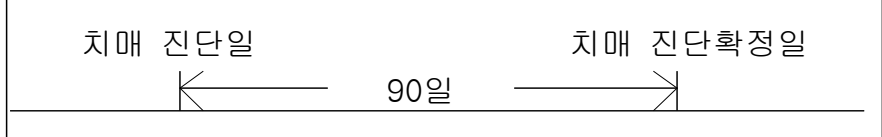
보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우
보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입
면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

③ 제1항에서 정한 「중등도이상 치매상태」의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

④ 제1항의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중등도이상 치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 중등도이상 치매상태로 진단확정됩니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 제1항의 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중등도이상 치매상태」로 최종 진단확정될 수 있습니다.

⑤ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

【치매의 진단확정(예시)】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제2조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 「중등도이상 치매상태」로 진단되었으나 「중등도이상 치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 「중등도이상 치매상태」로 진단된 시점부터 90일이상 계속 되어 「중등도이상 치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아

래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
- ② 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
- ③ 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 중등도이상 치매보장개시일의 전일 이전에 「치매」로 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

- ① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
- ② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

④ 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경

지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

㉔ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

㉕ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

㉖ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험 또는 보험료 납입면제들을 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

㉗ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 치매간병비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

㉘ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

㉙ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제

30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 중등도이상 치매보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

17. 갱신형 신김스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 「신김스치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 진료행위별 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신김스치료비 보험금으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 두가지 이상의 신김스치료를 받은 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 산출한 보험금을 합산하여 지급하나, 신체 동일 부위에 대한 동일한 「신김스치료」는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 회사가 지급하여야 할 하나의 상해 또는 질병으로 인한 신김스치료비 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

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

제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표)

① 이 특별약관에서 있어 「신김스치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 신김스치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「신김스치료 급여인정기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위명칭	진료 행위 코드	지급률
손가락캐스트	T6090	5%
단상지[전완으로부터 수부까지]	T6030	10%
장상지[상완으로부터 수부까지] 8자형 석고	T6020 T6120	20%
단하지[하퇴로부터족부까지]-Without Walker 단하지[하퇴로부터족부까지]-With Walker 슬개건 부하캐스트 건수상[흉부로부터 수부까지] 벨포캐스트	T6060 T6061 T6063 T6010 T6110	30%
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트 장하지[대퇴로부터 족부까지]-Without Walker 장하지[대퇴로부터 족부까지]-With Walker Risser형 체간캐스트 Minerva형 체간캐스트	T6050 T6051 T6052 T6080 T6070	40%
고수상[요부로부터 족부까지, 척추 cast포함]	T6040	60%

㉔ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「신김스치료 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「신김스치료 급여인정기준」을 따릅니다.

제4조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

18. 수술비(1~5종)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표3(1~5종 수술분류표)】에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액
질병으로 수술시	1종수술	질병1종 수술비보장 보험가입금액
	2종수술	질병2종 수술비보장 보험가입금액
	3종수술	질병3종 수술비보장 보험가입금액
	4종수술	질병4종 수술비보장 보험가입금액
	5종수술	질병5종 수술비보장 보험가입금액
상해로 수술시	1종수술	상해1종 수술비보장 보험가입금액
	2종수술	상해2종 수술비보장 보험가입금액
	3종수술	상해3종 수술비보장 보험가입금액
	4종수술	상해4종 수술비보장 보험가입금액
	5종수술	상해5종 수술비보장 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

【체간골】

「체간골」이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 신체부위로 봅니다.

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

은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「1~5종 수술분류표」에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 「수술」은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

19. 갱신형 수술비(1~5종)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표3(1~5종 수술분류표)】에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액
질병으로 수술시	1종수술	질병1종 수술비보장 보험가입금액
	2종수술	질병2종 수술비보장 보험가입금액
	3종수술	질병3종 수술비보장 보험가입금액
	4종수술	질병4종 수술비보장 보험가입금액
	5종수술	질병5종 수술비보장 보험가입금액
상해로 수술시	1종수술	상해1종 수술비보장 보험가입금액
	2종수술	상해2종 수술비보장 보험가입금액
	3종수술	상해3종 수술비보장 보험가입금액
	4종수술	상해4종 수술비보장 보험가입금액
	5종수술	상해5종 수술비보장 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

【체간골】

「체간골」이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 신체부위로 봅니다.

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

은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「1~5종 수술분류표」에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 「수술」은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험기간)

회사는 다음에 정한 3년만기형, 10년만기형, 15년만기형, 20년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[3년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[10년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[15년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 15년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 15년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

[20년만기형]

이 특별약관의 보험기간은 20년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

IV. 비용손해 관련 특별약관

1. 자가용운전자용 벌금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자가용자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 보험수익자에게 1사고당 2,000만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정 이유가 아래의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계

약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금액을 보장하는 계약」도 포함됩니다.

- ① 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
- ② 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

【도로교통법 제151조(벌칙)】

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
- ④ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2. 영업용운전자용 벌금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 보험수익자에게 1사고당 2,000만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정 이유가 아래의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌

칙)에 따른 벌금액을 보장하는 계약」도 포함됩니다.

- ① 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
- ② 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

【도로교통법 제151조(벌칙)】

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

3. 자가용운전자용 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자가용자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 「변호사선임비용」이라 합니다.)를 「1사고」마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.

- ① 구속영장에 의하여 구속된 경우
- ② 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우
- ③ 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우

② 제1항의 「약식기소」라 함은 형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)에 의해 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

【형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)】

- ① 지방법원은 그 관할에 속한 사건에 대하여 검사의 청구가 있는 때에는 공판절차없이 약식명령으로 피고인을 벌금, 과료 또는 몰수에 처할 수 있다.
- ② 전항의 경우에는 추징 기타 부수의 처분을 할 수 있다.

③ 제1항의 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위

의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1] 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 - ③ 계약자의 고의
 - 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] 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
 - ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 - ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
 - ④ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

4. 영업용운전자용 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입함으로써, 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 「변호사선임비용」이라 합니다.)를 「1사고」마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.

- ① 구속영장에 의하여 구속된 경우
- ② 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우
- ③ 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우

② 제1항의 「약식기소」라 함은 형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)에 의해 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

【형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)】

- ① 지방법원은 그 관할에 속한 사건에 대하여 검사의 청구가 있는 때에는 공판절차없이 약식명령으로 피고인을 벌금, 과료 또는 몰수에 처할 수 있다.
- ② 전항의 경우에는 추징 기타 부수의 처분을 할 수 있다.

③ 제1항의 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위

의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

5. 자가용운전자용 교통사고 처리지원금(Ⅲ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우에는 보험수익자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 제2항의 금액을 한도로 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

- ① 피해자를 사망하게 한 경우
- ② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
- ③ 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조 제1항 제2호 별표1에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 제1항 제1호의 경우 : 보험가입금액
- ② 제1항 제2호의 경우

구분	42일(6주)이상 70일(10주)미 만 진단시	70일(10주)이 상 140일(20주)미 만 진단시	140일(20주)이 상 진단시
보험가입금액 3천만원 기준	1천만원	2천만원	3천만원
보험가입금액 5천만원 기준	1천만원	3천만원	5천만원
보험가입금액 7천만원 기준	1천만원	4천만원	7천만원
보험가입금액 1억원 기준	1천만원	5천만원	1억원

- ③ 제1항 제3호의 경우 : 보험가입금액

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
- ③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
 - ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우

- ② 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
- ⑥ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할

경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
- ⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) 2항 단서(제1호 내지 제12호)】

- 1. 신호 및 지시위반
- 2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
- 3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
- 4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
- 5. 건널목 통과방법 위반
- 6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
- 7. 무면허 운전
- 8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
- 9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
- 10. 승객 추락방지의무 위반
- 11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
- 12. 자동차화물 추락방지조치 위반

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

6. 영업용운전자용 교통사고 처리지원금(Ⅲ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우에는 보험수익자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 제2항의 금액을 한도로 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

- ① 피해자를 사망하게 한 경우
- ② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
- ③ 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조 제1항 제2호 별표1에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 제1항 제1호의 경우 : 보험가입금액
- ② 제1항 제2호의 경우

구분	42일(6주)이상 70일(10주)미 만 진단시	70일(10주)이 상 140일(20주)미 만 진단시	140일(20주)이 상 진단시
보험가입금액 3천만원 기준	1천만원	2천만원	3천만원
보험가입금액 5천만원 기준	1천만원	3천만원	5천만원
보험가입금액 7천만원 기준	1천만원	4천만원	7천만원
보험가입금액 1억원 기준	1천만원	5천만원	1억원

- ③ 제1항 제3호의 경우 : 보험가입금액

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정

한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
- ② 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)

- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
- ⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) 2항 단서(제1호 내지 제12호)】

- 1. 신호 및 지시위반
- 2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
- 3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
- 4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
- 5. 건널목 통과방법 위반
- 6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
- 7. 무면허 운전
- 8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
- 9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
- 10. 승객 추락방지의무 위반
- 11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
- 12. 자동차화물 추락방지조치 위반

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

7. 영업용운전자용 면허정지보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허(이하 「면허」라 합니다)가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 보험수익자에게 면허정지기간동안 최고 60일을 한도로 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 면허정지보험금으로 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지보험금을 지급하지 않습니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)의 면허정지기간이라 함은 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 다만, 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생

한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

8. 영업용운전자용 면허취소보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허(이하 「면허」라 합니다)가 행정처분에 의해 취소되었을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

9. 가족과실치사상벌금보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
- ② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」라 합니다)
- ③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
- ④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거 중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대한민국 내에서 형법 제266조(과실치상) 또는 제267조(과실치사)에 따른 벌금형이 확정된 경우(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다) 1사고당 아래의 금액을 한도로 벌금액에 해당하는 금액을 지급합니다. 단, 피보험자가 2인 이상인 경우 각 피보험자별로 아래의 한도를 적용합니다.

구분	보상한도액
형법 제266조(과실치상)에 의한 벌금	500만원 한도
형법 제267조(과실치사)에 의한 벌금	700만원 한도

【형법 제266조(과실치상)】

- ① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

【형법 제267조(과실치사)】

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
- ② 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
- ③ 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
- ④ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
- ⑤ 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
- ⑥ 피보험자가 형법 제260조(폭행), 제261조(특수폭행)과 경합된 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

【형법 제260조(폭행, 존속폭행)】

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

【형법 제261조(특수폭행)】

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제4조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을

미치지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(고소장, 최종 확정판결문 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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

10. 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자에게 의료법 제3조에서 정한 의료기관(병원 또는 의원 등, 한방병원 또는 한의원을 포함, 이하 같습니다)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따라 치료를 받고 보험기간 종료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 제1항에 따라 보상합니다.
- ③ 제1항의 「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
- ② 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
- ③ 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 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

제4조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

11. 화재벌금보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 대한민국 내에서 형법 제170조(실화) 혹은 동법 제171조(업무상실화, 중실화)에 따른 벌금형이 확정 판결 되었을 때 1사고마다 아래의 금액을 한도로 벌금형에 해당하는 금액을 피보험자에게 지급합니다.

구분	보상한도액
형법 제170조에 의한 벌금	1,500만원 한도
형법 제171조에 의한 벌금	2,000만원 한도

【형법 제170조(실화)】

- ① 과실로 인하여 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인의 소유에 속하는 제166조에 기재한 물건을 소훼한 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 과실로 인하여 자기의 소유에 속하는 제166조 또는 제167조에 기재한 물건을 소훼하여 공공의 위험을 발생하게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제171조(업무상실화, 중실화)】

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
- ② 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
- ③ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

12. 민사소송법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표39(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
 - ② 민사소송 등 인지법에 정한 인지액(【별표40(민사소송 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
 - ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표41(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송))】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송

- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 의한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

- 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
- 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생한 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

- ① 피보험자의 부모와 양부모
 - ② 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
 - ③ 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
 - ④ 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
 - ⑤ 피보험자의 며느리
 - ⑥ 피보험자의 사위
- ※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
 - ② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
 - ③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우
 - ④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우 (회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

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

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또

한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

13. 임대차보증금 법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자에게 임대차보증금과 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
임대차보증금과 관련된 소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표39(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
 - ② 민사소송 등 인지법에 정한 인지액(【별표40(민사소송 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
 - ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표41(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송))】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제

기된 소송

- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 의한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

- 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
- 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심, 이송은 제외합니다)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생한 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

- ① 피보험자의 부모와 양부모
 - ② 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
 - ③ 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
 - ④ 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
 - ⑤ 피보험자의 며느리
 - ⑥ 피보험자의 사위
- ※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우

에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
- ② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
- ③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우
- ④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우 (회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

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

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또

한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

14. 부동산소유권 법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자에게 부동산소유권과 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
부동산소유권과 관련된 소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표39(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
 - ② 민사소송 등 인지법에 정한 인지액(【별표40(민사소송 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
 - ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표41(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송))】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송

- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 의한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약품구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

- 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
- 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심, 이송은 제외합니다)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생한 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

- ① 피보험자의 부모와 양부모
 - ② 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
 - ③ 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
 - ④ 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
 - ⑤ 피보험자의 며느리
 - ⑥ 피보험자의 사위
- ※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
 - ② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
 - ③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우
 - ④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우 (회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

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

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또

한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

15. 행정소송법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급구분	행정사건	사건별 부호
1심	행정1심사건	구합
	행정1심재정단독사건	구단
항소심	행정항소사건	누
상고심	행정상고사건	두

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표39(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

- ② 민사소송 등 인지법에 정한 인지액(【별표40(민사소송 등 인지법에 정한 인지액)】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
 - ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표42(송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송))】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정 대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 행정소송법(행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 포함합니다)에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자

상품에 관련된 소송

- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우
- ⑫ 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑬ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑭ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑮ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑯ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 의한 소송
- ⑰ 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑱ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- ⑲ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑳ 「국민투표무효소송 및 공직선거 및 선거부정방지법이 정한 선거 무효소송」(공직선거법 제222조) 및 「당선 무효소송」(공직선거법 제223조)
- ㉑ 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위해 제기하는 소송
- ㉒ 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서의 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효 소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
- ㉓ 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

【소송의 원인이 되는 사건】

사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기

간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가 기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제4조(소송 등의 정의) 제2항에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법^{주)}에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생한 소송으로 인한 반소(민사소송법^{주)} 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법^{주)} 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

【소의 취하】

민사소송법^{주)} 제266조(소의 취하), 동법^{주)} 제393조(항소의 취하), 동법^{주)} 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】

민사소송법^{주)} 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법^{주)} 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법^{주)} 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법^{주)} 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
- ② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인

낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우

③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우

④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우
(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

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

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서

정한 비율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

- ① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
- ② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득

하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

- ① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

16. 자가용운전자용 벌금(대물)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자가용자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 보험수익자에게 1사고당 500만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

【도로교통법 제151조(벌칙)】

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금

을 지급합니다.

② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정 사유가 아래의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약」도 포함됩니다.

- ① 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
- ② 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
- ④ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

17. 영업용운전자용 벌금(대물)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 보험수익자에게 1사고당 500만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

【도로교통법 제151조(벌칙)】

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금

을 지급합니다.

② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정 이유가 아래의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약」도 포함됩니다.

- ① 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
- ② 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올 농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

18. 6대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 6대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.
- ② 제1항의 「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항의 「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.
- ④ 제1항의 「6대가전제품」이라 함은 TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지 등을 말하며, 가정용제품에 한합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 원인의 직접, 간접에 관계없이 아래에 해당하는 손해는 보상하지 않습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
 - ② 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해
 - ③ 국내 AS지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해 (AS지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)
 - ④ 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오·남용으로 인한 손해
 - ⑤ 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해
 - ⑥ 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)
 - ⑦ 도난, 분실 또는 망실로 인한 손해
 - ⑧ 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
 - ⑨ 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해
 - ⑩ 제조사의 무상수리에 해당하는 손해.
 - ⑪ 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어

어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해

- ⑫ 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해
- ⑬ 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
- ⑭ 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
- ⑮ 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해
- ⑯ 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용
- ⑰ 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해. 단, 무상수리의 대상이 되는 고장 유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.
- ⑱ 가전제품의 임의 분해 및 개조로 인한 손해
- ⑲ 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해

② 회사는 아래의 물품에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사용중인 물품
- ② 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
- ③ 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임하에 있는 대여 또는 보관 물품
- ④ 제조일로부터 10년을 초과한 제품

제3조(지급보험금의 계산)

① 회사는 1사고당 100만원을 한도로 보상하되, 자기부담금 2만원을 초과한 부분만 보상합니다.

② 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비중 최저금액으로 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 해당 보험연도(보험계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 보상하는 보험금 총액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

④ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가입금액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

- ① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 같은 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 다른 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

19. 신6대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 신6대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.
- ② 제1항의 「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항의 「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.
- ④ 제1항의 「신6대가전제품」이라 함은 공기청정기, 청소기, 식기세척기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기를 말하며, 가정용제품에 한합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 원인의 직접, 간접에 관계없이 아래에 해당하는 손해는 보상하지 않습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
 - ② 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해
 - ③ 국내 AS지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해 (AS지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)
 - ④ 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오·남용으로 인한 손해
 - ⑤ 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해
 - ⑥ 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)
 - ⑦ 도난, 분실 또는 망실로 인한 손해
 - ⑧ 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
 - ⑨ 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해
 - ⑩ 제조사의 무상수리에 해당하는 손해.
 - ⑪ 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어

어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해

- ⑫ 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해
- ⑬ 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
- ⑭ 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
- ⑮ 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해
- ⑯ 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용
- ⑰ 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해. 단, 무상수리의 대상이 되는 고장 유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.
- ⑱ 가전제품의 임의 분해 및 개조로 인한 손해
- ⑲ 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해

② 회사는 아래의 물품에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사용중인 물품
- ② 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
- ③ 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임하에 있는 대여 또는 보관 물품
- ④ 제조일로부터 10년을 초과한 제품

제3조(지급보험금의 계산)

① 회사는 1사고당 100만원을 한도로 보상하되, 자기부담금 2만원을 초과한 부분만 보상합니다.

② 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비용 중 최저금액으로 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 해당 보험연도(보험계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 보상하는 보험금 총액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

④ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가입금액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

- ① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 같은 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 다른 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

20. 12대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 12대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.
- ② 제1항의 「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항의 「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.
- ④ 제1항의 「12대가전제품」이라 함은 TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지, 공기청정기, 청소기, 식기세척기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기를 말하며, 가정용제품에 한합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 원인의 직접, 간접에 관계없이 아래에 해당하는 손해는 보상하지 않습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
 - ② 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해
 - ③ 국내 AS지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해 (AS지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)
 - ④ 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오·남용으로 인한 손해
 - ⑤ 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해
 - ⑥ 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)
 - ⑦ 도난, 분실 또는 망실로 인한 손해
 - ⑧ 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
 - ⑨ 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해
 - ⑩ 제조사의 무상수리에 해당하는 손해.

- ⑪ 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해
 - ⑫ 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해
 - ⑬ 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
 - ⑭ 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
 - ⑮ 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해
 - ⑯ 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용
 - ⑰ 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해. 단, 무상수리의 대상이 되는 고장 유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.
 - ⑱ 가전제품의 임의 분해 및 개조로 인한 손해
 - ⑲ 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해
- ㉒ 회사는 아래의 물품에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
- ① 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사용중인 물품
 - ② 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
 - ③ 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임하에 있는 대여 또는 보관 물품
 - ④ 제조일로부터 10년을 초과한 제품

제3조(지급보험금의 계산)

- ① 회사는 1사고당 100만원을 한도로 보상하되, 자기부담금 2만원을 초과한 부분만 보상합니다.
- ② 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비용 중 최저금액으로 합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 해당 보험연도(보험계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 보상하는 보험금 총액은 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ④ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가입금액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.
 - ① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 같은 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 다른 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

V. 배상책임 관련 특별약관

배상책임 관련 특별약관 일반조항

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

② 알릴의무 관련 용어

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 보상 관련 용어

용어	정의
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

용어	정의
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. ① 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 직접손해 ② 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 사용불능으로 생긴 간접손해 ③ 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로서 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.
보상 한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

4) 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.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

5) 기간 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(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

6) 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약에서 정한 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제3조(손해의 발생과 통지)

1) 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
- ② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
- ③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

2) 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을

회사에 알린 경우에는 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 손해 및 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- ③ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【상법 제657조(보험사고발생의 통지의무)】

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 명하는 서류
- ④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제5조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

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

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 「지급기일」이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제6조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제7조(보험금의 분담)

① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한

경우에도 회사의 제1항에 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

- ① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
- ② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
- ③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 그 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

- ① 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
- ② 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
- ③ 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위로 증가된 손해

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 따라 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

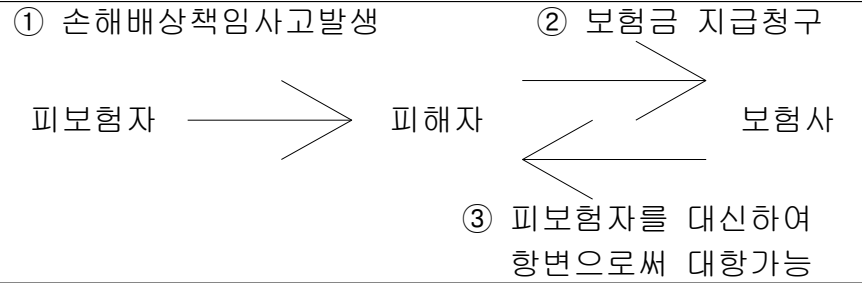
② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야

합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

【손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

제10조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

- ① 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
- ② 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제11조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

- ① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
- ② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제12조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

- ① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
- ② 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
- ③ 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

③ 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

④ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경

우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

⑤ 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴

것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제14조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기 할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제16조(준용규정)

이 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제38조(중도인출)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1. 갱신형 가족일상생활중배상책임(II)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 제2항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 피보험자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

② 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
- ② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」라 합니다)
- ③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
- ④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

- 1. 8촌이내의 혈족
- 2. 4촌이내의 인척
- 3. 배우자

③ 위 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

④ 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8

조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

- ㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
- ㉡ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- ㉢ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
- ㉣ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

5) 제4항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

- ① 제4항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에만하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.
- ② 제4항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉣의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
- ③ 제4항 제2호 ㉡ 또는 ㉣의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

1) 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
- ⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

2) 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
- ② 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
- ③ 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장애로 인한 배상책임
- ④ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
- ⑤ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
- ⑥ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상합니다.
- ⑦ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑧ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑨ 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)를 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
- ⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
- ⑪ 폭력행위로 인한 배상책임

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할

수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅲ)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 제2항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 피보험자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

② 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
- ② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」라 합니다)
- ③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
- ④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

③ 위 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

④ 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8

조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

- ㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
- ㉡ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- ㉢ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
- ㉣ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

5) 제4항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

- ① 제4항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 누수사고인 경우 50만원/누수 이외의 사고인 경우 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.
- ② 제4항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉣의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
- ③ 제4항 제2호 ㉡ 또는 ㉣의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

6) 제5항의 「누수사고」라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생 시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

1) 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의

- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
- ⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
- ② 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
- ③ 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
- ④ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
- ⑤ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
- ⑥ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상합니다.
- ⑦ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑧ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑨ 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)를 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
- ⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
- ⑪ 폭력행위로 인한 배상책임

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

VI. 기타 특별약관

1. 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

① 이 특별약관은 무배당 알파Plus보장보험2002 특별약관 중 자동갱신 적용대상 특별약관(이하 「자동갱신 적용대상 계약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

② 제1항의 자동갱신 적용대상 특별약관(이하 「자동갱신 적용대상 특별약관」이라 합니다)이라 함은 아래의 특별약관을 말합니다.

【자동갱신 적용대상 특별약관】

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ·갱신형 질병입원일당
(1일이상, 전환용) | ·갱신형 재진단암진단비 |
| ·갱신형 간병인지원
일반상해 입원일당(1일이상) | ·갱신형 질병사망 |
| ·갱신형 간병인지원
질병입원일당(1일이상) | ·갱신형 가족일상생활중배상책임(II) |
| ·갱신형 일반상해입원일당
(1일이상, 전환용) | ·갱신형 가족일상생활중배상책임(III) |
| ·갱신형 암진단비(유사암제외) | ·갱신형 일반상해사망 |
| ·갱신형 유사암진단비 | ·갱신형 유사암수술비 |
| ·갱신형 뇌졸중진단비 | ·갱신형 암수술비(유사암제외) |
| ·갱신형 급성심근경색증진단비 | ·갱신형 항암방사선약물치료비 |
| ·갱신형 질병입원일당(1일이상) | ·갱신형 암직접치료입원일당
(II)(요양병원제외, 1일이상) |
| ·갱신형 일반상해입원일당
(1일이상) | ·갱신형 뇌혈관질환수술비 |
| ·갱신형 질병수술비 | ·갱신형 허혈성심장질환수술비 |
| ·갱신형 암수술비
(유사암제외)(최초1회한) | ·갱신형 64대질병수술비 |
| ·갱신형 암요양병원입원일당
(II)(1일이상 60일한도) | ·갱신형 32대질병관혈수술비
(연간1회한) |
| ·갱신형 암요양병원입원일당
(II)(1일이상 90일한도) | ·갱신형 5대질환수술비
(연간1회한) |
| ·갱신형 질병후유장해(3~100%) | ·갱신형 항암가발비용 |
| ·갱신형 뇌혈관질환진단비 | ·갱신형 대상포진눈병진단비 |
| ·갱신형 허혈성심장질환진단비 | ·갱신형 통풍진단비 |
| ·갱신형 당뇨병진단비
(당화혈색소 7.0%이상) | ·갱신형 간경변증진단비 |
| ·갱신형 대상포진진단비 | ·갱신형 신골절치료비
(치아파절포함) |
| ·갱신형 골절(치아파절 제외) | ·갱신형 신킵스치료비 |
| | ·갱신형 일반상해중환자실입원
일당(1일이상) |
| | ·갱신형 질병중환자실입원일당
(1일이상) |
| | ·갱신형 질병수술비(백내장제외) |

진단비	·갱신형 유사암진단비II
·갱신형 상해수술비	·갱신형 요로결석진단비
·갱신형 혈전용해치료비	

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)

① 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 자동갱신 적용대상 계약(이하 「갱신전 보장계약」이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 자동갱신 적용대상 계약(이하 「갱신보장계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 보장계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제3조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신보장계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제4조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 마지막 날에 보장계약은 해제되는 것으로 봅니다.

② 제1항에서 정한 기간(갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱

신일까지 납입하지 않은 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(자동갱신 적용대상 계약의 보장개시)

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 자동갱신 적용대상 계약을 따릅니다.

2. 피보험자추가 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에 따라 보통약관에서의 피보험자는 피보험자 본인 이외에 아래의 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 합니다.

- ① 본인의 배우자
- ② 본인의 부모
- ③ 배우자의 부모
- ④ 본인 또는 배우자의 자녀

② 제1항의 피보험자는 최초 계약을 체결할 때 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 자를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 이 특약을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사가 정한 기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관의 보장개시일은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

- ① 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
- ② 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표62(특정신체부위·질병 분류표)】중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ① 회사가 지정한 신체부위(이하 「특정신체부위」라 합니다)에 진단확정된 질병(【별표62-1(특정신체부위 분류표)】) 또는 특정신체부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 진단확정

된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

- ② 회사가 지정한 질병(이하 「특정질병」이라 합니다)
(【별표62-2(특정질병 분류표)】)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「계약의 보험기간」(단, 계약이 갱신 또는 재가입 계약인 경우 최초 계약일로부터 최종 갱신 또는 재가입 계약의 종료일까지의 기간을 말하며, 이하 「계약의 보험기간」이라 합니다))으로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정 기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 경우 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호 또는 제1항 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않으면 계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 보상합니다.

④ 제3항의 「계약 청약일로부터 5년 이내」라 함은 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

⑤ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하여 드리며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ① 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 진단확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 진단확정된 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 진단확정된 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ④ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 인하여 사망하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가

되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

⑥ 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

⑧ 제1항 제1호의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 보통약관이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말합니다.
- ③ 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 축차를 붙인 자동차
 2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차
- ④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법 시행규칙 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 그 보험금 지급사유가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 보험금 지급사유인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발행하는 사고처리확인원등으로 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 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)】

「자동차관리법」 (이하 "법"이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
이륜자동차	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
이륜자동차	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. 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.

5. 사망보험금 양육연금전환 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 사망보험금 양육연금전환 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하고 사망보험금을 일시에 지급하는 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 또는 체결한 이후에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

② 계약이 해지 또는 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 피보험자의 사망으로 계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 효력은 제6조(양육연금의 운용) 제1항에서 정한 양육연금의 지급이 종료될 때까지 소멸하지 않습니다.

제2조(특별약관의 청약)

① 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 이 특별약관을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 이 특별약관을 청약할 때 계약의 보험수익자를 양육연금을 받는 자(이하 「수익자녀」라 합니다)로 지정 또는 변경하여야 합니다.

③ 계약자는 계약에서 일시에 지급되는 사망보험금의 50% 이상을 양육연금의 지급을 위한 전환금액(이하 「양육연금전환금액」이라 합니다)으로 선택하여야 합니다.

④ 계약자는 수익자녀 나이 15세, 20세, 25세 중 하나를 양육연금의 지급종료나이(이하 「양육연금종료나이」라 합니다)로 선택하여야 합니다.

⑤ 계약자가 이 특별약관을 청약하고 회사의 승낙(이하 「특별약관의 체결」이라 합니다)이 있는 후 계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 아래 각 호의 경우에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

- ① 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특별약관을 체결할 때 정한 양육연금종료나이와 같거나 초과한 경우
- ② 이 특별약관의 체결 후 수익자녀가 사망하거나 계약의 보험수익자에서 제외된 경우

제3조(수익자녀의 범위)

제2조(특별약관의 청약) 제2항의 수익자녀는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀 중 1명으로 합니다.

제4조(계약내용의 변경)

① 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.

- ① 수익자녀
- ② 양육연금전환금액
- ③ 양육연금종료나이

② 계약자가 제1항 제1호 내지 제3호의 사항을 변경하고자 할 때에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(양육연금의 운용)

① 회사는 제2조(특별약관의 청약) 제3항에서 정한 양육연금전환금액을 재원(이하 「양육연금재원」이라 합니다)으로 양육연금의 지급기간동안 동일한 금액(이하 「양육연금」이라 합니다)을 매년 보험금 지급사유 발생일에 수익자녀에게 지급합니다. 이 경우 미지급된 양육연금재원에 대해서 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

② 제1항의 양육연금의 지급기간(이하 「양육연금지급기간」이라 합니다)이라 함은 제2조(특별약관의 청약) 제4항의 양육연금종료나이에서 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.

③ 양육연금지급기간 중 수익자녀의 나이에 따른 제한사항은 아래와 같습니다.

- ① 수익자녀의 나이가 만20세 미만인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 없습니다.
- ② 수익자녀의 나이가 만20세 이상인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 있으며 이 때 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

④ 제3항 제1호에도 불구하고 수익자녀가 양육연금지급기간 중 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 수익자녀의 법정 상속인에게 일시에 지급하는 금액으로 지급하며 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

㉔ 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 제3항 제2호의 경우를 제외하고 양육연금지급기간 중 미지급 양육연금에 대해서 계약의 보통약관에 따라 일시에 지급하는 금액의 청구나 보험금수령방법의 변경에 관한 권리를 행사할 수 없습니다.

제7조(나이의 계산 및 적용)

① 제2조(특별약관의 청약) 제4항 내지 제5항 및 제6조(양육연금의 운용) 제2항의 나이는 수익자녀의 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 보험금 지급사유 발생일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 보험금 지급사유 발생일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(양육연금의 운용) 제3항의 나이는 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 합니다.

제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

① 이 특별약관의 보험료는 없습니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제9조(해지된 특별약관의 부활)

① 회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 계약의 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활을 취급합니다.

② 계약의 부활을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특별약관도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관을 부활하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제10조(보험금의 청구)

수익자녀, 수익자녀의 법정대리인은 아래 각 호의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀임을 확인할 수 있는 서류
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정

부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

- ④ 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류
- ⑤ 기타 수익자녀가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일을 계약자 또는 수익자녀에게 서면으로 통지합니다.

③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자녀의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 계약의 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 전자서명 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.(이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명(이하 「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제21조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조(정의)】

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 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 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「계약 안내자료」라 합니다)을 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.

② 계약자가 계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴 의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 계약 안내자료를 드림으로써 회사의 계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아서 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 「특약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조에 따른 변경지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.

- ① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
- ② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

8. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

② 제1항에 따라 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9. 특별조건부(할증보험료법) 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

① 이 특별약관은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관은 「해당계약」이라 합니다.)

② 이 특별약관의 효력발생일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 해당계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(특별조건부(할증보험료법) 특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않아 계약체결이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

① 특별약관에 따라 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 계약을 체결할 때 “표준체보험료”에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별조건부 특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다.
- ② 제1호의 “표준체보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.
- ③ 제1호의 “특별조건부 특별약관보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하여 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.

【표준체위험률】

회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합한 보험료적립금의 계산 등을 위해 회사가 정하는 위험률

【할증률】

회사가 정한 위험지수 기준에 따라 표준체위험률에 부가한 요율

② 회사는 제1항에 따라 해당계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 기본계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(할증률의 적용)

제3조(특별약관의 부가조건) 제1항에서 정한 할증률은 해당계약 종료시까지 변동되지 않습니다. 다만, 갱신시 표준체위 할증률 변경에 따라 특별조건부 특별약관보험료는 변동 될 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 해당계약을 따릅니다.

10. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

① 이 특별약관은 보험회사(이하 「회사」라 합니다)가 정한 방법에 따라 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 「전환대상계약」이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

- ① 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의4(특별세액공제)】

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제)】

① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험

4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억 원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

- ② 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항」에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인】

- ① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시】

- ① 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
- ② 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보

험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

- ③ 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
: 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인 증명서의 원본 또는 사본」(이하, 「장애인 증명서」라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【예시】

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2020년 1월 15일 ~ 2020년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2020년 6월 1일 ~ 2020년 12월 31일) 납입된 보험료만 2020년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【예시】

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2020년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상 계약의 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

Ⅶ. 별표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제5항, 제10조 제3항 및 제36조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
일반상해80%이상 후유장해보험금 (보통약관 제3조) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 보험금 포함)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 (보통약관 제10조 제1항) 및 해지환급금 (보통약관 제36조 제1항) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 해지환급금 포함)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : [보장]공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 회사가 만기환급금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 [보장]공시이율을 적용하여 계산한 이자를 지급합니다.
- 주2) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주3) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

장애분류표

1 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중

높은 지급률을 적용한다.

- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정 시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)주1), 안전수지(Finger Counting)주2) 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히

덮이지 않는 경우를 말한다.

- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애 평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가 하여야 한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우

를 말한다.

- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사”등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- 1) “컷바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 컷바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 컷바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검

사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) "코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) "코의 후각기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌임)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구(입을 벌임)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입을 벌림)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애

평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

- 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은

합산대상에서 제외한다.

- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 갈다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정 방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서

장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경 자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추 후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추 후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리 검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경

근병증의 소견이 지속되는 경우

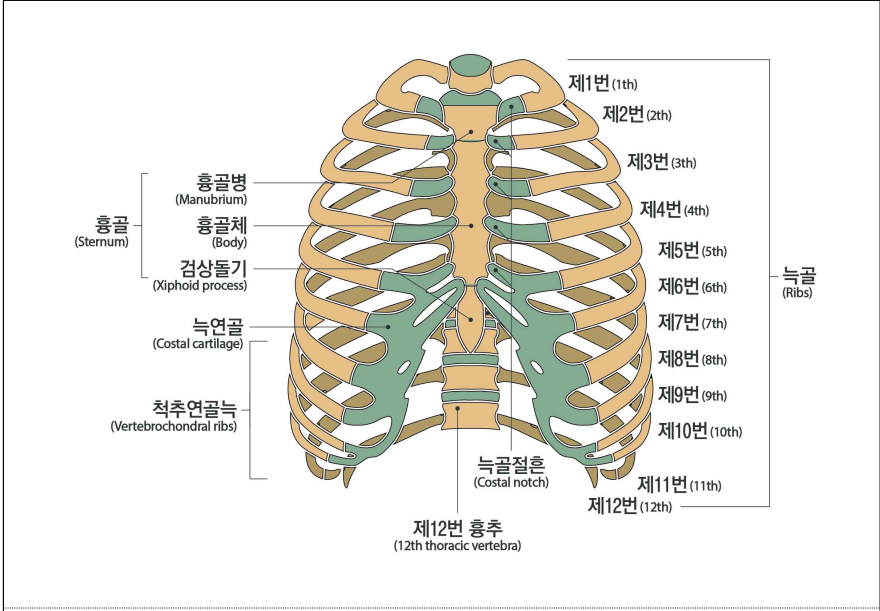
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

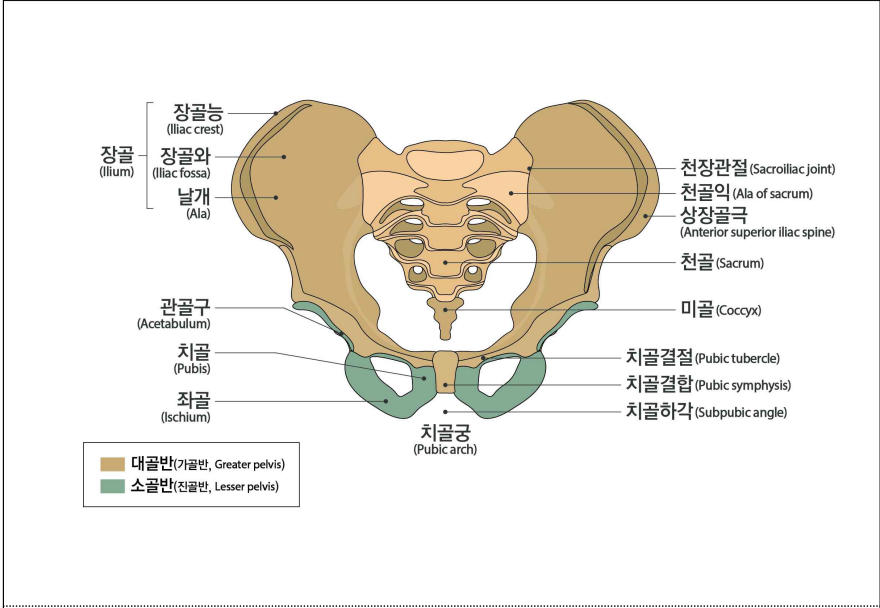
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

- 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 완전 강직(관절굳음)
- 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요

골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

- 13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지

않는다.

- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 익스션)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 익스션)상 10mm 이상의

- 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) "가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

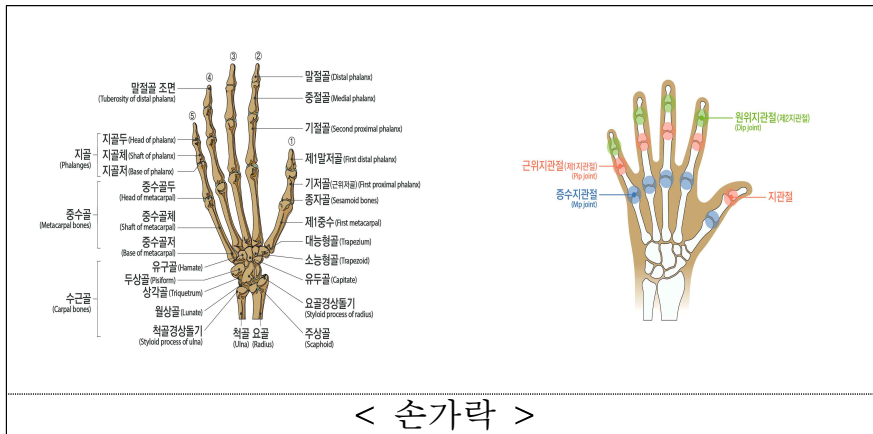
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



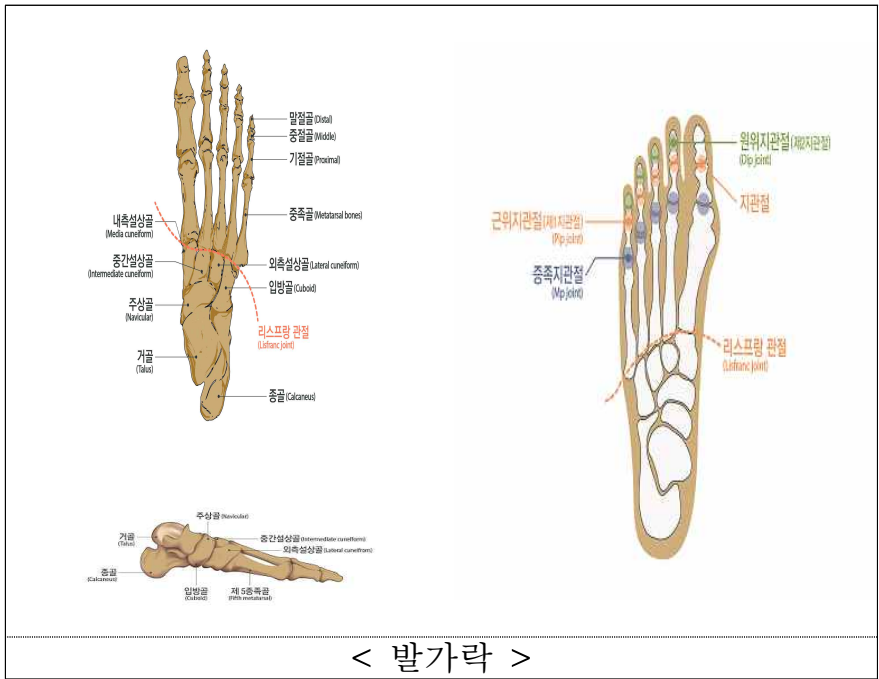
11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “<붙임>일상생활 기

본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.

- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.

그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게

기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도 판정기준」의 “능력장애측정기준”주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식 섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매 행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과

의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도 판정기준」의 “능력장애측정기준”상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도 판정기준」의 “능력장애측정기준”상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과 의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌 영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 도

는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 영양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방법을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방법을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걸지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒷처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒷처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 나머지는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표3】

1~5종 수술분류표

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술 (피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시 일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회 의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급 이 가능합니다.]	1
근골 (筋骨) 의 수술 ^{주1)}	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上 顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節) 은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호 흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절 (顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단 수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接 합手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반 하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈 수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈 수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢 關節) 관혈수술	2

구분	수술명	수술 종류
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기 계, 흉부 (胸部) 의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기 계, 비장 (脾腸) 의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
	30. 이하선 절제수술	3
소화 기계의 수술	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3

구분	수술명	수술 종류	
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4	
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3	
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5	
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans) 세포 이식수술은 제외함)	5	
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1	
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2	
	41. 총수(蟲垂)절제술(총수염관련 총수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2	
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1	
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4	
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1	
	비뇨 기계· 생식기 계의 수술 (인공임 신 중절 수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
		46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
		47. 방광류·요실금 교정수술	1
48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]		5	
49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)		3	
50. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정삭(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술		2	
51. 음낭관혈수술		1	
52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술		2	

구분	수술명	수술 종류
	(단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膺脫)근본수술	1
내분비 기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈 수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계 의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기 의 수술 [약물 주입술 은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술 은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금 을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지 급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술 은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금 을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지 급이 가능합니다.] [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球)	2

구분	수술명	수술 종류
	수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물 주입 요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지	2

구분	수술명	수술 종류
	관절(손가락, 발가락은 제외) 88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주1) 근골(筋骨)의 수술에서 발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외하며, 치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것도 제외합니다.

주2) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.

다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 ‘I. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

- 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 「1~5종 수술분류표」에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
- 「관혈(觀血)」 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- 「근본(根本)」 혹은 「근치(根治)」 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
- 「관혈적 악성신생물 근치수술」이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
- 「1~5종 수술분류표」 상에 열거되지 않은 선진의료적

첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

「1~5종 수술분류표」에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 「수술」의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

- 1) 「1~5종 수술분류표」 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 「1~5종 수술분류표」 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술 개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- 2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 「1~5종 수술분류표」 중 「일반질병 및 상해치료 목적의 수술」 88항 (악성신생물의 경우는 「악성신생물 치료 목적의 수술」 2항)을 우선 적용합니다.
6. 「악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료」라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. 「두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료」라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술

4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【별표4】

악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

【별표5】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표6】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표7】

뇌졸중대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표8】

급성심근경색증대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1.급성 심근경색증	I21
2.후속 심근경색증	I22
3.급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표9】

5대고액치료비암 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 5대고액 치료암으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병

사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표10】

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
2. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
수두폐렴	B01.2
폐렴이 합병된 홍역	B05.2
거대세포바이러스폐렴	B25.0
폐 특소포자충증	B58.3
류마티스 폐질환	M05.1

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

3. 위의 1 ~ 2에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

(예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 2에서 정한 대

상질병 이외의 원인으로 인한 경우

② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

4. 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표11】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기간경화라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
 - ① 통제가 불가능한 복수증
 - ② 영구적인 황달
 - ③ 위나 식도벽의 정맥류
 - ④ 간성 뇌증

2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표12】

만성당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
1형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병	E10.2
	눈 합병증을 동반한 당뇨병	E10.3
	신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E10.4
	순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E10.5
2형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병	E11.2
	눈 합병증을 동반한 당뇨병	E11.3
	신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E11.4
	순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E11.5
영양실조- 관련 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병	E12.2
	눈 합병증을 동반한 당뇨병	E12.3
	신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E12.4
	순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E12.5
기타 명시된 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병	E13.2
	눈 합병증을 동반한 당뇨병	E13.3
	신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E13.4
	순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E13.5
상세불명 의 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병	E14.2
	눈 합병증을 동반한 당뇨병	E14.3
	신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E14.4
	순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E14.5
기타 당뇨병성 합병증	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표13】

화상 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 화상으로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

분류 항목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표14】

골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 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 신체 부위를 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표15】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표16】

유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술복원치료비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(ICD. 9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대 상 수 술 명	수술 및 처치 코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

【별표17】

7대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
심장 질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	수막구균성 심장질환	A39.5
	칸디다심내막염	B37.6
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 감염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	거대세포바이러스감염	B25.1
	톡소포자충 감염	B58.1
고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
고혈압성 망막병증	H35.02	
당뇨병 질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의사구체장애	N08.3

구분	대상질병	분류코드
만성 하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지 장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표18】

총수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 총수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
총수의 질환	K35 ~ K38

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표19】

특정전염병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정전염병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1~A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33~A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병, 비페렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.1~A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50~B54

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병
코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에
따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표20】

호흡기관련질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 호흡기관련질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00 ~ J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴, 재향균인병, 폐렴이 합병된 흉역	J12 ~ J18, A48.1, B05.2
8. 수두폐렴	B01.2
9. 거대세포바이러스폐렴	B25.0
10. 폐 특소포자충증	B58.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표21】

식중독 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류표에 있어서 식중독으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표22】

골절 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

분류 항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위를 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표23】

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호를 따릅니다.

부상 등급	상해내용
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 하반신 마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단(주관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단(슬관절부 이단을 포함한다) 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·괴사창 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

부상 등급	상해내용
2급	<p>수술을 시행한 상해</p> <ol style="list-style-type: none"> 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(완관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단(족관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	<ol 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 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을

부상 등급	상해내용
	<p>시행한 상해</p> <p>8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해</p> <p>9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>10. 상완부 완전 절단(주관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해</p> <p>13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다)</p> <p>14. 대퇴부 완전 절단(슬관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열</p> <p>16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해</p> <p>18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해</p> <p>19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
4급	<p>1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)</p> <p>2. 각막 이식술을 시행한 상해</p> <p>3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)</p> <p>4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다)</p> <p>5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다)</p> <p>6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)</p> <p>8. 상완골 경부 골절</p> <p>9. 상완골 간부 분쇄성 골절</p> <p>10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골</p>

부상 등급	상해내용
4급	<p>절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해</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(완관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 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 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 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(족관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
	<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

부상 등급	상해내용
5급	4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 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 또

부상 등급	상해내용
5급	<p>는 이식술을 시행한 상해</p> <p>31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
6급	<p>1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다)</p> <p>2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)</p> <p>3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)</p> <p>4. 심장 타박</p> <p>5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다)</p> <p>6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해</p> <p>7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽입수술을 시행한 상해</p> <p>8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>12. 상완골 대결절 견열 골절</p> <p>13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다)</p> <p>14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절</p> <p>18. 요골 경부 골절</p> <p>19. 척골 주두부 골절</p> <p>20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다)</p> <p>21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구</p> <p>22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재</p>

부상 등급	상해내용
6급	<p>접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개</p> <p>28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>30. 사지 근 또는 건 파열로 3개 이상 5개 이하의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해</p> <p>31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
7급	<p>1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절</p> <p>2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해</p> <p>3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해</p> <p>4. 골다공증성 척추 압박골절</p> <p>5. 쇄골 골절</p> <p>6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다)</p> <p>7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열</p> <p>8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>10. 척골 경상돌기 기저부 골절</p> <p>11. 삼각섬유연골 복합체 손상</p> <p>12. 요수근관절 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해</p> <p>13. 요수근관절 골절 및 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>14. 주상골 외 수근골 골절</p>

부상 등급	상해내용
	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
8급	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 폐쇄식 흉관 삽관 수술을 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, 과간 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 중수지관절 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

부상 등급	상해내용
	<p>않은 상해</p> <p>18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해</p> <p>21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해</p> <p>24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해</p> <p>25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
9급	<p>1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>2. 2개 이하의 단순 늑골골절</p> <p>3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>5. 흉골 골절</p> <p>6. 추간판 탈출증</p> <p>7. 흉쇄관절 탈구</p> <p>8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>9. 요수근관절 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>11. 수지관절 탈구</p> <p>12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>14. 족지골 골절 또는 족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절</p> <p>16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p>

부상 등급	상해내용
9급	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 않는 상해 3. 수지골 골절 또는 수지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 족지골 골절 또는 족지관절 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

부상 등급	상해내용
	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 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부 장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로 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

※ 영역별 세부지침

영역	내용
공통	<p>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.</p> <p>나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다.</p> <p>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.</p> <p>라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.</p> <p>마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.</p>
두부	<p>가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강 안의 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.</p> <p>나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다.</p> <p>다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다.</p>

영역	내용
	<p>라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.</p> <p>마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.</p> <p>바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicomatose)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.</p> <p>사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.</p> <p>아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.</p> <p>자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.</p>
흉·복부	<p>심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrhythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.</p>
척추	<p>가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.</p> <p>나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.</p> <p>다. 척추 손상으로 인하여 신경근증이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.</p> <p>라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.</p>
상·하지	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우</p>

영역	내용
	<p>를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.</p> <p>라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.</p> <p>마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.</p> <p>바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>사. 아절단은 완전 절단에 준한다.</p> <p>아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.</p> <p>자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.</p> <p>차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.</p> <p>카. 사지 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.</p> <p>파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다</p> <p>거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.</p> <p>너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.</p>
상·하 지	<p>더. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.</p> <p>러. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.</p> <p>머. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.</p>

영역		내용
		<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 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.</p>
상· 하 지	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.</p> <p>라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.</p>
상· 하 지	하 지	<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. "고관절"이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.</p>

영역	내용
	<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>

【별표24】

기관(organ)분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	기관(organ)	분류번호
입술 구강 및 인두	1. 입술의 악성 신생물	C00
	2. 혀바닥의 악성 신생물, 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C01,C02
	3. 잇몸의 악성 신생물	C03
	4. 입바닥의 악성 신생물	C04
	5. 구개의 악성 신생물	C05
	6. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C06,C14
	7. 귀밑샘의 악성 신생물	C07
	8. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	9. 편도의 악성 신생물	C09
	10. 입인두의 악성신생물, 비인두의 악성신생물, 이상동(梨狀洞)의 악성신생물, 하인두의 악성신생물	C10,C11, C12,C13
소화 기관	11. 식도의 악성 신생물	C15
	12. 위의 악성 신생물	C16
	13. 소장(小腸)의 악성 신생물	C17
	14. 결장의 악성 신생물, 직장(直腸) 불결장이행부의 악성 신생물, 직장의 악성신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C18,C19, C20,C26 (C26.1제외)
	15. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	16. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	17. 담낭의 악성 신생물	C23
	18. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	19. 췌장의 악성 신생물	C25

호흡기 및 흉곽내 기관	20. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	21. 부비동의 악성 신생물	C31
	22. 후두의 악성 신생물	C32
	23. 기관의 악성 신생물	C33
	24. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C34,C39
	25. 흉선의 악성 신생물	C37
	26. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
골 및 관절 연골	27. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40,C41
흑색종 및 기타피부	28. 피부의 악성 흑색종, 기타 피부의 악성 신생물	C43,C44
종피성 및 연조직	29. 종피종, 말초신경 및 자율신경 계통의 악성 신생물, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 기타결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C45,C47, C48,C49
유방	30. 유방의 악성 신생물	C50
여성 생식 기관	31. 외음의 악성 신생물	C51
	32. 질의 악성 신생물	C52
	33. 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C53,C54, C55,C57
	34. 난소의 악성 신생물	C56
	35. 태반의 악성 신생물	C58
남성 생식 기관	36. 음경의 악성 신생물	C60
	37. 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C61,C63
	38. 고환의 악성 신생물	C62
요로	39. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물, 신우의 악성신생물, 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C64,C65, C68
	40. 요관의 악성 신생물	C66
	41. 방광의 악성 신생물	C67

눈,뇌 및 중추 신경계통의 기타부분	42. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	43. 수막의 악성 신생물	C70
	44. 뇌의 악성 신생물	C71
	45. 척수, 뇌신경 및 중추신경 계통의 기타 부분의 악성신 생물	C72
갑상선 및 기타 내분비선	46. 갑상선의 악성 신생물	C73
	47. 부신의 악성 신생물	C74
	48. 기타 내분비선 및 관련구조 물의 악성 신생물	C75
비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	49. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물, 비장의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증, 골수형성이상증후군, 만성 골수증식질환, 본태성(출혈 성) 혈소판혈증, 골수섬유 증, 만성호구산성 백혈병 [과호산구증후군]	C81-C96, C26.1, D45,D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5

- 주1) 위의 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 ‘기관(organ)’을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 ‘기관(organ) 분류표’에 있는 각 ‘기관(organ)’으로 분류합니다.
- 주2) 이차암진단비보장 특별약관에서는 상기 분류번호 예시 중 C44 와 C73에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.
- 주3) 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제7차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ)(예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 ‘기관(organ)’으로 분류합니다.
- 주4) 제8차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서, 상기 “분류번호 예시”이외에 ‘기관(organ)’에 해당하는 분류번호가 있는 경우에는 그 분류번호도 포함하는 것으로 합니다.

【별표25】

갑상선기능항진증대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선기능항진증대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표26】

여성골다공증 분류표

약관에 규정하는 여성골다공증으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
골다 공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표27】

백내장 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 백내장으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
백내장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표28】

5대골절분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 5대골절로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표29】

희귀난치성 7대질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 희귀난치성 7대질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
재생불량성 빈혈	후천성 순수적혈구	D60
	무형성[적모구감소증] 기타 무형성 빈혈	D61
운동 신경세포병	운동신경세포병	G12.2
파킨슨병	파킨슨병	G20
심근질환	확장성 심근병증	I42.0
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1
	기타 비대성 심근병증	I42.2
	심내막심근(호산구성) 병	I42.3
	기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	모야모야병	I67.5
전신 홍반루프스	전신 홍반루프스	M32
만성 신장병	만성신장병(5기)	N18.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표30】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표31】

부인과질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류코드
1. 제자리신생물	D00~D09
2. 양성신생물	D10~D36
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D44, D47.0, D47.2, D47.7, 47.9, D48
4. 유방의 장애	N60~N64
5. 여성골반내 장기의 염증성 질환	N70~N77
6. 여성생식기의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
7. 자궁경부의 결핵	A18.15
8. 결핵성 여성 골반 염증성 질환	A18.16

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표32】

요로결석 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 요로결석으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표33】

당뇨병대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 당뇨병대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조와 관련된 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표34】

남성특정비뇨기계질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 남성특정 비뇨기계질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후 기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류코드
사구체 질환	급성 신염 증후군	N00
	급속 진행성 신염 증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염 증후군	N03
	신 증후군	N04
	상세불명의 신염 증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N07 N08
세뇨관-간질 질환	급성 세뇨관-간질 신장염	N10
	만성 세뇨관-간질 신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질 신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 세뇨관-간질 질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 세뇨관-간질 장애	N16
신부전	급성 신부전	N17
	만성 신장병	N18
	상세불명의 신부전	N19
신장 및 요관의 기타 장애	세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장 위축	N26
	원인미상의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29

구분	대 상 질 병	분류코드
비뇨기 계통의 기타 질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	달리 분류된 질환에서의 요도 장애	N37
	비뇨계통의 기타 장애	N39
	남성 생식 기관의 질환	음낭수종 및 정액류
고환의 염전		N44
고환염 및 부고환염		N45
달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애		N49
남성 생식기관의 기타 장애		N50
달리 분류된 질환에서의 남성 생식기 관의 장애		N51
편모충 전립선염		A59.01
전립선의 결핵		A18.13
기타 남성 생식기관의 결핵		A18.14
불거리고환염		B26.0

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병 사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병·사인분류 질병 코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표35】

간질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 간질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 바이러스 간염	B15~B19
2. 간의 질환	K70~K77
3. 거대세포바이러스간염	B25.1
4. 독소포자충 간염	B58.1

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표36】

특정희귀난치성질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정희귀난치성질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류코드
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀 결핵	A19
중추신경계통의 비정형바이러스 감염	A81
감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체 면역결핍바이러스[HIV]병	B20
암을 유발한 인체 면역결핍바이러스병	B21
기타 명시된 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22
기타 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23
상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24
거대세포바이러스병	B25
크립토콕쿠스증	B45
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0
해당 효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소]	D60
기타 무형성 빈혈	D61
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레브란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
기타 혈전성향	D68.6
정상적 혈소판결함	D69.1
에반스 증후군	D69.30

대상질병	분류코드
상세불명의 혈소판감소증	D69.6
무과립구증	D70
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
복합 면역결핍	D81
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86
말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24
부신생식기장애	E25
기타 고알도스테론증	E26.8
원발성 부신피질부전	E27.1
애디슨발증	E27.2
기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
기타 명시된 내분비장애	E34.8
활동성 구루병	E55.0
방향족아미노산대사장애	E70
축쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
아미노산대사의 기타 장애	E72
젓당 불내성	E73
탄수화물대사의 기타장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글리코사미노글라이칸대사장애	E76
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
철 대사장애	E83.1
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
낭성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10
유전성 운동실조	G11
척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
파킨슨병	G20
할러포르덴-스파츠병	G23.0

대상질병	분류코드
진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-울스제 위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발경화증	G35
기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
뇌전증지속상태	G41
발작수면 및 허탈발작	G47.4
멜커슨증후군	G51.2
복합부위통증증후군 II형	G56.4
유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
염증성 다발신경병증	G61
달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	G63.0
중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
근육의 원발성장애	G71
주기마비	G72.3
람베르트-이튼 증후군	G73.1
자율신경계통의 기타 장애	G90.8
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
삼출성 망막병증	H35.01
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59
기타마비성 사시	H49.8
원발성 폐동맥 고혈압	I27.0
확정성 심근병증	I42.0
폐색성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐색 혈전혈관염[버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.18
류마티스 폐질환	J99.0
크론병[국한성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
결핵성 복막염	K67.3
원발성 담즙성 경변증	K74.3
자가면역성 간염	K75.4
담관염	K83.0
장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
보통 천포창	L10.0

대상질병	분류코드
낙엽 천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
흉터 유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피박리증	L12.3
결핵 관절염	M01.1
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
절단성 관절염	M07.1
건선 척추염	M07.2
기타 건선관절병증	M07.3
연소성 류마티스 관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성다발관절염	M08.3
결절성 다발동맥염	M30.0
폐 침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
연소성 다발동맥염	M30.2
과민성 혈관염	M31.0
혈전성 미세혈관병증	M31.1
치사중간선육아종	M31.2
베게너육아종증	M31.3
대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신홍반루푸스	M32
피부다발근염	M33
전신경화증	M34
건조증후군[쉐그렌]	M35.0
기타 중복증후군	M35.1
베체트병	M35.2
류마티스성 다발근통	M35.3
미만성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
과가동성 증후군	M35.7
강직 척추염	M45
척추의 결핵	M49.0
진행성 골화근육염	M61.1
뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
복합부위 통증증후군 1형	M89.0
뼈의 결핵	M90.0
재발성 다발연골염	M94.1
신장성 요붕증	N25.1
결핵성 방광염	N33.0
자궁경부의 결핵감염	N74.0
여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
신생아의 호흡곤란	P22

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병

사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표37】

대상포진대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 대상포진 대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진	B02

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표38】

16대특정암 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 16대특정암으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 기관의 악성신생물	C33
8. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34

대 상 질 병	분류코드
9. 흉선의 악성신생물	C37
10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
11. 중피종	C45
12. 카포시육종	C46
13. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
14. 담낭의 악성신생물	C23
15. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
16. 소장외의 악성신생물	C17

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표39】

소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	소송비용에 산입되는 비율
2,000만원까지 부분	10%
2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분 [200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) × $\frac{8}{100}$]	8%
5,000만원을 초과하여 1억원까지 부분 [440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) × $\frac{6}{100}$]	6%
1억원을 초과하여 1억5천만원까지 부분 [740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × $\frac{4}{100}$]	4%
1억5천만원을 초과하여 2억원까지 부분 [940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) × $\frac{2}{100}$]	2%
2억원을 초과하여 5억원까지 부분 [1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × $\frac{1}{100}$]	1%
5억원을 초과하는 부분 [1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × $\frac{0.5}{100}$]	0.5%

※ 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사
비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표40】

민사소송 등 인지법에 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 X 0.5%
1천만원 이상 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 X 0.45%
1억원 이상 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 X 0.4%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 X 0.35%

※ 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【별표41】

송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)

사건	송달료
1심 민사소액 / 민사단독 / 민사합의	90,000원 / 135,000원 / 135,000원
항소심 / 상고심	108,000원 / 72,000원

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표42】

송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송)

사건	송달료
1심 / 항소심	90,000원
상고심	72,000원

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표43】

관절염·생식기질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 관절염·생식기질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
관 절 염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	류마티스 폐질환	J99.0
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
생 식 기 질 환	남성 생식기관의 질환 (남성 불임 제외)	N40~N45, N47~N51
	편모충 전립선염	A59.01
	볼거리고환염	B26.0
	여성 골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
	여성 생식기관 비염증성 장애 (습관유산자 제외)	N80~N95
	(여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표44】

치핵 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 치핵으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
치핵 및 항문주위 정맥의 혈전증	포함 - 치질 제외 - 합병증 : 출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병(O22.4)	K64

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표45】

대상포진눈병대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 대상포진 눈병대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표46】

골절 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리 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 신체 부위를 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다) 에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표47】

간경변증대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 간경변증 대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
알콜성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
알콜성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동울혈	K76.1

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표48】

통풍대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 통풍대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
통풍	M10

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표49】

결핵분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 결핵으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
3. 신경계통의 결핵	A17
4. 기타 기관의 결핵	A18
[M01.1*: 결핵 관절염(A18.0+)]	M01.1*
[M49.0*: 척추의 결핵(A18.0+)]	M49.0*
[M90.0*: 뼈의 결핵(A18.0+)]	M90.0*
[N33.0*: 결핵성 방광염(A18.1+)]	N33.0*
[N74.0*: 자궁경부의 결핵감염(A18.1+)]	N74.0*
[N74.1*: 여성 결핵성 골반염증질환(A18.1+)]	N74.1*
[K67.3*: 결핵성 복막염(A18.3+)]	K67.3*
[K93.0*: 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+)]	K93.0*
5. 좁쌀 결핵	A19
6. 다약제내성 결핵 ^{주1)}	U84.30
7. 광범위약제내성 결핵 ^{주2)}	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵 약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병
코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에
따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표50】

약제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 다약제내성 결핵 ^{주1)}	U84.30
2. 광범위약제내성 결핵 ^{주2)}	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵 약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표51】

신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표

1. 두개골(머리뼈) 및 안면골(얼굴뼈)의 골절
 - (1) 두개골(머리뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 24%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 10%
 - (2) 하악골(下顎骨, 아래턱뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 10%
 - (3) 협골(頰骨, 광대뼈), 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 비골(鼻骨, 코뼈) 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 10%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 5%
 - (4) 머리의 손상(진단 또는 수술) 18%
 - (5) 치아의 파절(진단 또는 수술) 2%
2. 경추(목뼈)의 골절
 - (1) 경추(목뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 40%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 24%
 - (2) 목부위의 신경 및 척수의 손상(진단 또는 수술)
 - 1) 중증 손상..... 30%
 - 2) 중등도 손상..... 18%
 - 3) 경도의 손상..... 6%
3. 요추(허리뼈) 및 골반(장골, 절구, 치골)의 골절
 - (1) 수술을 행한 골절 40%
 - (2) 미골(꼬리뼈) 골절(진단 또는 수술).....10%
 - (3) 위 (1), (2) 이외의 골절 18%
4. 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 가슴뼈) 및 흉추골(胸椎骨, 등뼈)의 골절
 - (1) 늑골(갈비뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 10%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 5%
 - (2) 흉골(가슴뼈) 및 흉추골(등뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 12%
 - (3) 흉부(가슴)의 손상(진단 또는 수술)
 - 1) 흉부(가슴) 부분의 외상성 절단 30%
 - 2) 흉부(가슴)의 으깬손상 12%
5. 대퇴골(大腿骨, 넓다리뼈)의 골절
 - (1) 대퇴골(大腿骨, 넓다리뼈)의 골절

- 1) 수술을 행한 골절 30%
- 2) 위 1) 이외의 골절 18%
- (2) 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단(진단 또는 수술)
.....50%
- 6. 발목 및 무릎을 포함한 아래다리(경골(정강뼈), 비골(종아리뼈))의 골절
 - (1) 수술을 행한 골절 24%
 - (2) 위 (1) 이외의 골절 10%
- 7. 어깨(쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈)) 및 위팔(상완골)의 골절
 - (1) 어깨(쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈)) 및 위팔(상완골)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 24%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 10%
 - (2) 어깨 및 위팔의 외상성 절단(진단 또는 수술).....40%
- 8. 팔꿈치 및 아래팔(요골, 척골)의 골절
 - (1) 수술을 행한 골절 18%
 - (2) 위 (1) 이외의 골절 6%
- 9. 손목 및 손의 골절
 - (1) 손목의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 코레스 골절(주상골의 골절)(진단 또는 수술)· 10%
 - 3) 위 1), 2) 이외의 골절 6%
 - (2) 중수골의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 12%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (3) 손가락의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 7%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 3%
- 10. 발의 골절
 - (1) 거골 및 종골(발꿈치 뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (2) 족골의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 12%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (3) 발가락의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 7%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 3%
- 11. 상세불명 부위의 골절(진단 또는 수술)
 - 1) 중한 골절..... 30%
 - 2) 중등도 골절..... 12%

용 어 풀 이

1. 동일 부위

- (1) 신체의 동일부위라 함은 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」의 1.부터 10.까지(세부하위 항목 제외)에서 정한 항목을 각각 동일부위라 한다. 다만, 좌우의 팔, 다리와 손, 발은 다른 부위로 보아 합산하여 지급합니다.
- (2) 위 제1항에도 불구하고 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」 11. 「상세불명 부위의 골절(진단 또는 수술)」은 실제 골절치료부위에 따라 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」 1.부터 10.까지 각각의 항목과 중복하여 지급하지 않습니다.

2. 머리의 손상

의료기관에서 영상검사(CT나 MRI 등) 등으로 「머리의 손상」(뇌진탕(S060)은 제외합니다) 진단을 받고 치료한 경우를 말합니다.

3. 특발성 골절

뼈의 질환 또는 자발적이거나 원인 불명에 의하여 일어나는 골절을 말합니다.

신골절치료비(치아파절포함) 분류표

약관에 규정하는 신골절치료비(치아파절포함)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (1) 두개골의 골절 (2) 하악골의 골절 (3) 협골, 상악골, 비골의 골절 (4) 머리의 손상 (5) 치아의 파절	S02.0~S02.1, S02.7~S02.9 S02.6 S02.2, S02.3, S02.4 S06.1~S06.9, S07.0~S07.1, S07.8~S07.9, S09.9 S02.5
2. 경추(목뼈)의 골절 (1) 경추(목뼈)의 골절 (2) 목부위의 신경 및 척수의 손상 1) 중증 손상 2) 중등도 손상 3) 경도의 손상	S12.0~S12.2, S12.7~S12.9 S14.1 S14.0, S14.2~S14.3, S14.6 S14.4~S14.5
3. 요추 및 골반(장골, 절구, 치골)의 골절 (1) 미골(꼬리뼈) 골절 (2) (1) 이외의 골절	S32.2 S32.0~S32.1, S32.3~S32.5, S32.7~S32.8
4. 늑골, 흉골 및 흉추골의 골절 (1) 늑골 (2) 흉골 및 흉추골의 골절 (3) 흉부의 손상 1) 흉부 부분의 외상성 절단 2) 흉부의 으깬손상	S22.3~S22.5, S22.8~S22.9 S22.0~S22.2 S28.1 S28.0

대 상 질 병	분류번호
5.대퇴골의 골절 (1) 대퇴골의 골절 (2) 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S72.0~S72.4, S72.7~S72.9 S78.0~S78.1, S78.9
6.발목 및 무릎을 포함한 아래다리(경골, 비골)의 골절	S82.0~S82.9
7.어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골)의 골절 (1) 어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골)의 골절 (2) 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S42.0~S42.4, S42.7~S42.9 S48.0~S48.1, S48.9
8.팔꿈치 및 아래팔(요골, 척골)의 골절	S52.0~S52.9
9.손목 및 손의 골절 (1) 손목의 골절 1) 코레스 골절(주상골의 골절) 2) 1) 이외의 골절 (2) 중수골의 골절 (3) 손가락의 골절	S62.0 S62.1, S62.8 S62.2~S62.4 S62.5~S62.7
10.발의 골절 (1) 거골 및 종골의 골절 (2) 족골의 골절 (3) 발가락의 골절	S92.0~S92.1 S92.2~S92.3, S92.7, S92.9 S92.4~S92.5
11. 상세불명 부위의 골절 1) 중한 골절 2) 중등도 골절	T02.0~T02.1, T02.4~T02.9 T02.2~T02.3, T08.0~T08.1, T10.0~T10.1, T12.0~T12.1, T14.2
12.골다공증의 영향이 있는 골절 및 특발성 골절	M80

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병

코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에
따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표52】

뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
8. 기타 뇌혈관 질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
10. 뇌혈관 질환의 후유증	169

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표53】

허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장병	I25

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표54】

특정15대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정15대 질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
결핵	결핵	A15-A19
	결핵의 후유증	B90
	결핵성복막염	K67.3
	장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
	결핵 관절염	M01.1
	척추의 결핵	M49.0
	뼈의 결핵	M90.0
	결핵성 방광염	N33.0
	자궁경부의 결핵감염	N74.0
	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
패혈증	연쇄구균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
갑상선 질환	갑상선의 장애	E00-E07
	갑상선이상성 안구돌출	H06.2
	처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
중추신경계통의 염증성 질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	- 수막구균수막염(G01*)	A39.0
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	- 아데노바이러스수막염(G02.0*)	A87.1
	- 엔테로바이러스수막염(G02.0*)	A87.0

구분	대상질병	분류 번호
	<ul style="list-style-type: none"> - 헤르페스바이러스수막염 (G02.0*) - 수막염이 합병된 홍역 (G02.0*) - 볼거리수막염(G02.0*) - 수두수막염(G02.0*) - 대상포진수막염(G02.0*) - 칸디다수막염(G02.1*) - 콕시디오이데스진균수막염 (G02.1*) 	<ul style="list-style-type: none"> B00.3 B05.1 B26.1 B01.0 B02.1 B37.5 B38.4
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	<ul style="list-style-type: none"> - 아데노바이러스뇌염(G05.1*) - 엔테로바이러스뇌염(G05.1*) - 헤르페스바이러스뇌염 (G05.1*) 	<ul style="list-style-type: none"> A85.1 A85.0 B00.4
	<ul style="list-style-type: none"> - 뇌염이 합병된 홍역(G05.1*) - 볼거리뇌염(G05.1*) - 수두뇌염(G05.1*) - 대상포진뇌염(G05.1*) 	<ul style="list-style-type: none"> B05.0 B26.2 B01.1 B02.0
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	<ul style="list-style-type: none"> - 아메바성 뇌농양(G07*) 	A06.6
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전 정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
파킨슨 병	파킨슨병 이차성 파킨슨증	G20 G21
다발 경화증	다발경화증	G35
자율 신경 계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90

구분	대상질병	분류 번호
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
동맥 경화증	죽상경화증	I70
대동맥 류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	수두폐렴	B01.2
	폐렴이 합병된 흉역	B05.2
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
폐 특소포자충증	B58.3	
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
급성 췌장염	급성 췌장염	K85
췌장 질환	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담 도 및 췌장의 장애	K87
	- 거대세포바이러스췌장염 (K87.1*)	B25.2+
- 볼거리췌장염(K87.1*)	B26.3+	
신부전	신부전	N17-N19

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병 사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목
이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는
그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병·사인분류 질병
코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에
따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표55】

다빈도38대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 다빈도38대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분		대상질병	분류번호
10 대 양성 종양	소화기계통의 양성신생물(D13)	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성신생물	D13
	중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성신생물	D14
		기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성신생물	D15
	골 및 관절연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성신생물	D16
	조직의 양성신생물	중피조직의 양성신생물	D19
		후복막 및 복막 연조직의 양성신생물	D20
		결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성신생물	D21
	여성생식기의 양성종양	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성신생물 난소의 양성신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성신생물	D25 D26 D27 D28
남성생식기의 양성종양	남성생식기관의 양성신생물	D29	
비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30	
수막의 양성신생물	수막의 양성신생물	D32	

구분		대상질병	분류 번호
10 대 양성 종양	뇌 및 중추신경계 통의 양성신생물	뇌 및 기타 중추신경계통 의 기타 부분의 양성 신생 물	D33
	갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분 비선의 양성 신생물	D34 D35
호흡 기 / 이비 인후 과 질환	급성상기도 감염	급성상기도감염	J00-J06
	축농증	만성 부비동염	J32
	편도염	편도 및 아데노이드의 만 성 질환	J35
	후각특정 질환	혈관운동성 및 알러지성 비염	J30
		만성비염, 비인두염 및 인 두염	J31
		코폴립	J33
		코 및 비동의 기타장애	J34
	인후부위의 특정질환	편도주위 농양	J36
만성 후두염 및 후두기관 염		J37	
달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환		J38	
상기도의 기타 질환		J39	
중이 및 유도의 질환	중이 및 유도의 질환 - 중이염이 합병된 홍역 (H67.1*) - 홍역후 중이염 (H67.1*)	H65-H75 B05.3+	
	내이의 질환	H80-H83	
시각 질환	황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3

구분		대상질병	분류 번호
시각 질환	눈 및 눈부속기관 의 특정질환	공막, 각막, 홍채 및 섬모 체의 장애	H15-H22
		<ul style="list-style-type: none"> - 홍채섬모체염(H22.0*) - 홍채염(H22.0*) - 전방포도막염(H22.0*) - 각막염(H19.1*) - 각막결막염(H19.1*) - 각막상피염(H19.1*) - 간질각막염(H19.1*) - 각막내피염(H19.1*) - 아데노바이러스에 의한 각막결막염 (H19.2*) - 유행성 각막결막염 (H19.2*) - 조선소눈병(H19.2*) 	<ul style="list-style-type: none"> B00.50+ B00.50+ B00.50+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B30.0+ B30.0+ B30.0+
		맥락막 및 망막의 장애 (황반 및 후극부의 변성 제외) (고혈압성 망막병증 제외) (당뇨병성 망막병증 제외) 시신경 및 시각경로의 장애	H30-H36 (H35.3제 외) (H35.02제 외) (H36.0제외) H46-H48
비뇨 기 / 신장 질환	사구체질환	급성 신염증후군 급속 진행성 신염증후군 재발성 및 지속성 혈뇨 만성 신염증후군 신증후군 상세불명의 신염증후군 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨 달리 분류되지 않은 유전 성 신장병증 달리 분류된 질환에서의 사구체장애 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08 (N08.3제 외)

구분		대상질병	분류 번호
	신세뇨관- 간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
		만성 세뇨관-간질신장염	N11
		급성 또는 만성으로 명시 되지 않은 세뇨관-간질신 장염	N12
		폐색성 및 역류성 요로병 증	N13
		약물 및 중금속 유발 세뇨 관-간질 및 세뇨관 병태	N14
		기타 신세뇨관-간질질환 달리 분류된 질환에서의신 세뇨관-간질장애	N15 N16
비뇨 기 / 신장 질환	방광의 결석	방광의 결석	N21.0
	신장 및 요관의 기타 장애	세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
		상세불명의 신장위축	N26
원인불명의 작은 신장		N27	
달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애		N28	
		달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
	비뇨계통의 기타 질환	방광염	N30
		달리 분류되지 않은 방광 의 신경근육기능장애	N31
		방광의 기타 장애	N32
		달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
		비뇨계통의 기타 장애 - 칸디다 방광염 및 요도염(N37.0*)	N37 B37.40+
		달리 분류된 질환에서의 요도장애	N39
		(결핵성 방광염(A18.11†) 제외)	(N33.0제 외)
		(스트레스요실금 제외)	(N39.3제 외)
(기타 명시된 요실금 제외)	(N39.4제외)		

구분		대상질병	분류 번호
	유방의 장애	양성 유방형성이상 유방의 염증성 장애 유방의 비대 유방의 상세불명의 덩이 유방의 기타 장애	N60 N61 N62 N63 N64
소화 기 질환	사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
	특정 부위의 탈장	대퇴탈장 배꼽탈장 복벽탈장 횡격막탈장 기타 복벽탈장 상세불명의 복벽탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
	비감염성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염] 궤양성 대장염 기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52
소화 기 질환	특정 장질환	장의 혈관장애 탈장이 없는 마비성 장폐 색증 및 장폐색 장의 계실병	K55 K56 K57
	복막의 질환	복막의 질환 (결핵성 복막염 제외)	K65-K67 (K67.3제 외)
	담석증	담석증	K80
	담낭담도 질환	담낭염 담낭의 기타질환 담도의 기타질환	K81 K82 K83
관절 / 척추 질환	척추변형	척주후만증 및 척주전만증 척주측만증 척추골연골증 기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
	척추병증	강직척추염 기타 염증성 척추병증 척추증 기타 척추병증	M45 M46 M47 M48

구분		대상질병	분류 번호
	추간판장애(디스크질환)	경추간판장애 기타 추간판장애	M50 M51
	골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증 골연속성의 장애	M80 M81 M82 M84
신경 관련 질환	안면 신경장애	삼차신경의 장애 안면신경장애 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
	단일신경 병증	팔의 단일신경병증 다리의 단일신경병증 기타 단일신경병증 달리 분류된 질환에서의단 일신경병증 (당뇨병성 단일신경병증 제외)	G56 G57 G58 G59 (G59.0제 외)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표56】

특정9대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정9대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
패혈증	연쇄구균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
중추신경계통의 염증성 질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	- 수막구균수막염(G01*)	A39.0
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	- 아데노바이러스수막염(G02.0*)	A87.1
	- 엔테로바이러스수막염(G02.0*)	A87.0
	- 헤르페스바이러스수막염(G02.0*)	B00.3
	- 수막염이 합병된 홍역(G02.0*)	B05.1
	- 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1
	- 수두수막염(G02.0*)	B01.0
	- 대상포진수막염(G02.0*)	B02.1
	- 칸디다수막염(G02.1*)	B37.5
	- 콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)	B38.4
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	- 아데노바이러스뇌염(G05.1*)	A85.1
	- 엔테로바이러스뇌염(G05.1*)	A85.0
	- 헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)	B00.4
	- 뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)	B05.0
- 볼거리뇌염(G05.1*)	B26.2	
- 수두뇌염(G05.1*)	B01.1	

구분	대상질병	분류 번호
	<ul style="list-style-type: none"> - 대상포진뇌염(G05.1*) 두개내 및 척추내 농양 및 육아종 달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종 - 아메바성 뇌농양(G07*) 두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증 	B02.0 G06 G07 A06.6 G08 G09
파킨슨 병	파킨슨병 이차성 파킨슨증	G20 G21
다발 경화증	다발경화증	G35
자율 신경 계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
대동맥 류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐질환	폐기종 기타 만성 폐색성 폐질환 기관지확장증 하기도의 화농성 및 괴사성 병태 흉막의 기타 질환	J43 J44 J47 J85~J86 J90~J94
급성 췌장염	급성 췌장염	K85
췌장 질환	췌장의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 <ul style="list-style-type: none"> - 거대세포바이러스췌장염 (K87.1*) - 볼거리췌장염(K87.1*) 	K86 K87 B25.2+ B26.3+

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목

이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표57】

다빈도22대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 다빈도22대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
여성생식기의 양성종양	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
남성생식기의 양성종양	남성생식기관의 양성 신생물	D29
비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
후각특정질환	혈관운동성 및 알러지성 비염	J30
	만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타장애	J34
인후부위의 특정질환	편도주위 농양	J36
	만성 후두염 및 후두기관염	J37
	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
	상기도의 기타 질환	J39
사구체질환	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N03
상세불명의 신염증후군	N04	
명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N05	

구분	대상질병	분류 번호
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N06
	달리 분류된 질환에서의 사 구체장애 (당뇨병에서의 사구체장애 제 외)	N07 N08 (N08.3제 외)
신세뇨관- 간질질환	급성 세뇨관-간질신장염 만성 세뇨관-간질신장염 급성 또는 만성으로 명시되 지 않은 세뇨관-간질신장염 폐색성 및 역류성 요로병증 약물 및 중금속 유발 세뇨관 -간질 및 세뇨관 병태 기타 신세뇨관-간질질환 달리 분류된 질환에서의신세 뇨관-간질장애	N10 N11 N12 N13 N14 N15 N16
방광의 결석	방광의 결석	N21.0
신장 및 요관의 기타 장애	세뇨관기능손상으로 인한 장애 상세불명의 신장위축 원인불명의 작은 신장 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 신 장 및 요관의 기타 장애	N25 N26 N27 N28 N29
비뇨계통의 기타 질환	방광염 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 방광의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 방 광장애 비뇨계통의 기타 장애 - 칸디다 방광염 및 요도염 (N37.0*) 달리 분류된 질환에서의 요 도장애 (결핵성 방광염(A18.11†)제 외)	N30 N31 N32 N33 N37 B37.40+ N39 (N33.0제 외)

구분	대상질병	분류 번호
	(스트레스요실금 제외) (기타 명시된 요실금 제외)	(N39.3제 외) (N39.4 제외)
유방의 장애	양성 유방형성이상 유방의 염증성 장애 유방의 비대 유방의 상세불명의 덩이 유방의 기타 장애	N60 N61 N62 N63 N64
눈 및 눈부속기관의 특정질환	공막, 각막, 홍채 및 섬모체 의 장애 - 홍채섬모체염(H22.0*) - 홍채염(H22.0*) - 전방포도막염(H22.0*) - 각막염(H19.1*) - 각막결막염(H19.1*) - 각막상피염(H19.1*) - 간질각막염(H19.1*) - 각막내피염(H19.1*) - 아데노바이러스에 의한 각 막결막염(H19.2*) - 유행성 각막결막염 (H19.2*) - 조선소눈병(H19.2*) 맥락막 및 망막의 장애 (황반 및 후극부의 변성 제 외) (고혈압성 망막병증 제외) (당뇨병성 망막병증 제외)	H15-H22 B00.50+ B00.50+ B00.50+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B30.0+ B30.0+ B30.0+ H30-H36 (H35.3제 외) (H35.02 제외) (H36.0제 외)
특정 부위의 탈장	대퇴탈장 배꼽탈장 복벽탈장 횡격막탈장 기타 복벽탈장 상세불명의 복벽탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46

구분	대상질병	분류 번호
비감염성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염] 궤양성 대장염 기타 비감염성 위장염 및 결 장염	K50 K51 K52
특정 장질환	장의 혈관장애 탈장이 없는 마비성 장폐색 증 및 장폐색 장의 계실병	K55 K56 K57
복막의 질환	복막의 질환 (결핵성 복막염 제외)	K65-K67 (K67.3제 외)
척추변형	척주후만증 및 척주전만증 척주측만증 척추골연골증 기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
척추병증	강직척추염 기타 염증성 척추병증 척추증 기타 척추병증	M45 M46 M47 M48
추간판장애 (디스크질환)	경추간판장애 기타 추간판장애	M50 M51
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골 다공증 골연속성의 장애	M80 M81 M82 M84
안면 신경장애	삼차신경의 장애 안면신경장애 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
단일신경 병증	팔의 단일신경병증 다리의 단일신경병증 기타 단일신경병증 달리 분류된 질환에서의 단일 신경병증 (당뇨병성 단일신경병증 제 외)	G56 G57 G58 G59 (G59.0제 외)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표58】

32대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 32대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

[특정28대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	수막구균성 심장질환	A39.5
	칸디다심내막염	B37.6
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 감염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	거대세포바이러스감염	B25.1
	톡소포자충 감염	B58.1
만성하부호 흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기 관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
	위궤양 및 십이지장궤 양	위궤양
십이지장궤양		K26
상세불명 부위의 소화성 궤양		K27
결핵	결핵	A15-A19
	결핵의 후유증	B90
	결핵성복막염	K67.3
	장, 복막 및 장간막림프절의	K93.0

질병구분	대상질병	분류번호
	결핵성 장애 결핵 관절염 척추의 결핵 뼈의 결핵 결핵성 방광염 자궁경부의 결핵감염 여성 결핵성 골반염증질환	M01.1 M49.0 M90.0 N33.0 N74.0 N74.1
갑상선 질환	갑상선의 장애 갑상선이상성 안구돌출	E00-E07 H06.2
	처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하 증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
동맥 경화증	죽상경화증	I70
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐 렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염 성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향균인병	A48.1
	수두폐렴	B01.2
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐 특소포자충증	B58.3
	폐질환	폐기종
기타 만성 폐색성 폐질환		J44
기관지확장증		J47
하기도의 화농성 및 괴사성 병 태		J85~J86
흉막의 기타 질환		J90~J94

질병구분	대상질병	분류번호
급성 췌장염	급성 췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 - 거대세포바이러스 췌장염(K87.1*) - 볼거리췌장염 (K87.1*)	K86 K87 B25.2+ B26.3+
신부전	신부전	N17-N19
소화기 계통의 양성 신생물 (D13)	기타 및 부위불명 소화기계통 의 양성신생물	D13
중이·호흡계 통 및 흉곽의 양성 신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생 물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기 관의 양성 신생물	D14 D15
비뇨기관의 양성 신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계 통의 양성 신생물	뇌 및 기타 중추신경계통의 기 타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선 의 양성 신생물	D34 D35

질병구분	대상질병	분류번호
사구체 질환	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반 한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신 장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구 체장애 (당뇨병에서의 사구체장애 제 외)	N08 (N08.3 제외)
신세뇨관- 간질 질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관- 간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨 관-간질장애	N16
신장 및 요관의 기타 장애	세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨계통의 기타질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신 경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	비뇨계통의 기타 장애	N37
	- 칸디다 방광염 및 요도염(N37.0*)	B37.40+

질병구분	대상질병	분류번호
	달리 분류된 질환에서의 요도 장애 (결핵성 방광염 (A18.11†)제외) (스트레스요실금 제외) (기타 명시된 요실금 제외)	N39 (N33.0 제외) (N39.3 제외) (N39.4 제외)
특정 장질환	장의 혈관장애 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 장의 게실병	K55 K56 K57
담석증	담석증	K80
담낭담도 질환	담낭염 담낭의 기타질환 담도의 기타질환	K81 K82 K83
안면 신경장애	삼차신경의 장애 안면신경장애 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52

[4대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
여성 생식기의 양성종양	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성 신생물 난소의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
남성 생식기의 양성종양	남성생식기관의 양성 신생물	D29
관절염	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 류마티스 폐질환 관절증 기타 관절장애	M00~M03 M05~M14 J99.0 M15~M19 M20~M25

질병구분	대상질병	분류번호
생식기 질환	남성 생식기관의 질환 (남성 불임 제외)	N40~N45, N47~N51
	편모충 전립선염	A59.01
	불거리고환염	B26.0
	여성 골반내 기관의 염증성 질환 (자궁경부의결핵감염(N74.0) 제외) (여성결핵성골반염증질환 (N74.1) 제외)	N70~N77 (N74.0제 외) (N74.1제 외)
여성 생식기관 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95	
	달리 분류되지 않은 비뇨생식 계통의 처치후 장애	N99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표59】

5대질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 5대질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

질병구분	대상질병	분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	수막구균성 심장질환	A39.5
	칸디다심내막염	B37.6
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 감염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	거대세포바이러스감염	B25.1
	톡소포자충 감염	B58.1
신부전	신부전	N17~N19
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표60】

요실금 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 요실금으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
스트레스 요실금	N39.3
기타 명시된 요실금	N39.4
상세불명의 요실금	R32

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

진단서 상의 분류번호는 제7차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표61】

요실금수술 분류표

약관에 규정하는 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

수 술 내 용	진료 행위 코드
요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
요실금수술 질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

【별표62】

특정신체부위 · 질병 분류표

- **【별표62-1】 특정신체부위 분류표**

구분	특정신체부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)

구분	특정신체부위
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

- 【별표62-2】 특정질병 분류표

구분	특정질병	분류 코드	항목명
51	척추질환	M40	척추후만증 및 척추전만증
		M41	척주측만증
		M42	척추골연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직성 척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판 장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
		M54	등통증
		52	연골증, 관절증, 관절염
M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염		
M02	반응성 관절병증		
M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증		
M05	혈청검사양성 류마티스관절염		
M06	기타 류마티스 관절염		
M07	건선성 및 장병성 관절병증		
M08	연소성 관절염		
M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염		
M10	통풍		
M11	기타 결정 관절병증		
M12	기타 특이성 관절병증		
M13	기타 관절염		
M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증		
M15	다발관절증		
M16	고관절증		
M17	무릎관절증		
M18	제1수근중관절의 관절증		
M19	기타 관절증		
M93	기타 골연골병증		
M94	연골의 기타 장애		

구분	특정질병	분류 코드	항목명
53	심장질환	100	심장 침범이 없는 류마티스열
		101	심장 침범이 있는 류마티스 열
		102	류마티스 무도병
		105	류마티스 승모판 질환
		106	류마티스 대동맥판 질환
		107	류마티스 삼첨판 질환
		108	다발 판막 질환
		109	기타 류마티스 심장 질환
		120	협심증
		121	급성 심근경색증
		122	후속심근경색증
		123	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증
		124	기타 급성 허혈심장질환
		125	만성 허혈심장병
		126	폐 색전증
		127	기타 폐성 심장 질환
		128	폐혈관의 기타 질환
		130	급성 심장막염
		131	심장막의 기타 질환
		132	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		133	급성 및 아급성 심내막염
		134	비류마티스 승모판 장애
		135	비류마티스 대동맥판 장애
		136	비류마티스 삼첨판 장애
		137	폐동맥판 장애
		138	상세불명 판막의 심내막염
		139	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애
		140	급성 심근염
		141	달리 분류된 질환에서의 심근염
		142	심근병증
		143	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		144	방실 차단 및 좌각 차단
145	기타 전도 장애		
146	심장정지		
147	발작성 빈맥		
148	심방 세동 및 조동		
149	기타 심장부정맥		
150	심부전		
151	심장병의 불명확한 기록 및 합병증		
152	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애		

구분	특정질병	분류 코드	항목명
54	뇌혈관 질환	I60	지주막하 출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내 출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관 질환의 후유증
		G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군
		G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
		55	고혈압
I11	고혈압성 심장병		
I12	고혈압성 신장병		
I13	고혈압성 심장 및 신장병		
I15	이차성 고혈압		
56	당뇨병	E10	1형 당뇨병
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
		E14	상세불명의 당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
57	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
58	하지 정맥류	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
59	자궁 내막증	N80	자궁내막증
60	골반염	N70	난관염 및 난소염
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성 골반 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증 장애

구분	특정질병	분류 코드	항목명
61	요로 결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
62	고지혈증	E78	지질단백질 대사장애 및 기타 지질증
63	임신 중독증	011	만성 고혈압에 겹친 전자간
		012	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
		013	임신[임신-유발]고혈압
		014	전자간
		015	자간
64	자궁근증	D25	자궁의 평활근증
65	암	C00~C14	입술, 구강 및 인두의 악성신생물
		C15~C26	소화기관의 악성신생물
		C30~C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물
		C40~C41	골 및 관절연골의 악성신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45~C49	종피성 및 연조직의 악성신생물
		C50	유방의 악성신생물
		C51~C58	여성 생식기관의 악성 신생물
		C60~C63	남성 생식기관의 악성 신생물
		C64~C68	요로의 악성 신생물
		C69~C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
		C74	부신의 악성신생물
		C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물
		C76~C80	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물
		C81~C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물
		C97	독립된(일차성) 여러 부위의 악성 신생물
		D45	진성 적혈구증가증
		D46	골수 형성이상 증후군
		D47.1	만성 골수증식 질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
D47.4	골수섬유증		
D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]		
66	담석증	K80	담석증

구분	특정질병	분류 코드	항목명
67	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
68	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사 장애
		M10	통풍
69	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
70	백내장	H25	노년 백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
71	탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니 탈장
		K41	대퇴 탈장
		K42	배꼽 탈장
		K43	복벽 탈장
		K44	횡경막 탈장
		K45	기타 복벽 탈장
		K46	상세불명의 복벽 탈장
		N43	음낭수종 및 정액류
72	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
73	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
74	천식	J45	천식
		J46	천식지속 상태
75	유산	N96	습관적 유산자
		000	자궁외 임신
		001	포상기태
		002	기타 비정상적 수태부산물
		003	자연 유산
		004	의학적 유산
		005	기타 유산
		006	상세불명의 유산
		007	시도된 유산의 실패
		008	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
		020	초기 임신중 출혈

Ⅷ. 인용 법·규정

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【법규1】

개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포

함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.
- ② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 행정안전부령으로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수

있도록 알리고 동의를 받아야 한다.

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거

나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 행정안전부장관은 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 행정안전부장관은 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

【법규2】

공직선거법

제222조(선거소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일 이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定·公告·통지)제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또

는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

【법규3】

교통사고처리특례법

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또

는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(歩道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

【법규4】

국민건강보험법

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

【법규5】

도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

【법규6】

민법

제27조(실종의 선고)

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

제753조(미성년자의 책임능력)

미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 능력이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)

심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

【법규7】

민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)

- ① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정 명령을 하게 할 수 있다.
- ② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
- ④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)

- ① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
- ② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
- ③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
- ④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
- ⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
- ⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

- ① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제

기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

- ① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
- ② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부분을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)

- ① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.

② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

【법규8】

보험업감독규정

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 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자

【법규9】

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 1~18. (생략)
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.

【법규10】

보험업법시행령

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 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회

사

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

【법규11】

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 소비자권익침해행위의 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 전국단위의 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 활동실적이 있을 것
 - 다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
 - 라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

【법규12】

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제16조(수집·조사 및 처리의 제한)

① (생략)

② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면

2. 「전자서명법」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)

3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식

4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거 자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보 주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를

제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공 받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리 활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 계약의 이행에 필요한 경우로서 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을

요구함에 따라 제공하는 경우

8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우

9. 대통령령으로 정하는 금융질서문란행위자 및 기업의 과점주주, 최대출자자 등 관련인의 신용도를 판단할 수 있는 정보를 제공하는 경우

10. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

【법규13】

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~4. (생략)

5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.

(이하 생략)

【법규14】

여객자동차 운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업

가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운송사업

가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하

는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 "산업단지등"이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학 목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.

- 1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인
- 2) 회사, 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)
- 3) 국토교통부장관 또는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)가 정하여 고시하는 산업단지등의 관리기관

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정

하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고
급형 등으로 구분한다.

【법규15】

의료급여법

제7조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

【법규16】

의료법

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」 제58조제1항제4호에 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.

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

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.

【법규17】

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방 병원	의원	치과 의원	한의 원	조산 원
1~11. (생략)							
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕 전 을 하 는 경 우 에 만 갖 춘다)			1 (탕 전 을 하 는 경 우 에 만 갖 춘다)	
(이하 생략)							

[별표 4]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

1~11. (생략)

11의2. 탕전실

- 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.
- 나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
- 다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
- 라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.

마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.

바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.

사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

(이하 생략)

【법규18】

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(제2조 관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250cc이하(전기자동차의 경우 최고정격 출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비가 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000cc이하이고, 길이 3.6미터·너비가 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이하이고, 길이 4.7미터·너비가 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이상 2,000cc이하이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc이하이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1000cc이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비가 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것

화물자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)이고, 최대적재량(기타형의 경우만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용경화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것

	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동 제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용경화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용 자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전의 즐거움을 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것
<p>※ 비교</p> <p>1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.</p> <p>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</p>		

- 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. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
- 1) 이론인 자동차에 축차를 붙인 자동차
 - 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향 장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이론자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 - 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 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. 이론자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

【법규19】

자동차손해배상보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수 건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療D價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의

사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

【법규20】

장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 신장·간장·췌장·심장·폐
 - 나. 골수·안구
 - 다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리
 - 라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것
 - 마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.
6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.
 - 가. 배우자
 - 나. 직계비속
 - 다. 직계존속
 - 라. 형제자매
 - 마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.

② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

【법규21】

장애인복지법 시행규칙

제3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단)

① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의2서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는 이를 첨부하도록 해야 한다.

1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장

2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류

② 제1항에 따른 등록신청을 받은 시장·군수·구청장은 등록대상자와의 상담을 통하여 그 장애 상태가 영 제2조에 따른 장애의 기준에 명백하게 해당되지 않는 경우 외에는 지체 없이 별지 제2호서식의 의뢰서에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 또는 「지역보건법」 제10조 및 제13조에 따른 보건소와 보건지소(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부장관이 정하는 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단 결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제6조(장애 정도의 조정)

① 장애인은 장애 상태가 현저하게 변화되어 장애 정도의 조정이 필요한 경우에는 별지 제1호의2서식의 신청서에 등록증과 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류를

첨부하여 시장·군수·구청장에게 장애 정도의 조정을 신청할 수 있다.

② 제1항에 따라 장애 정도의 조정신청을 받은 시장·군수·구청장은 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

⑤ 제3항과 제4항에 따라 진단 결과나 장애 정도 심사결과를 통보받은 시장·군수·구청장은 통보받은 내용을 토대로 장애 정도를 조정하고, 그 결과를 신청인에게 통지해야 한다.

제7조(장애 상태 확인)

① 시장·군수·구청장은 법 제32조제3항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하여 장애 상태에 맞는 장애 정도를 유지하도록 해야 한다. 다만, 장애 상태에 현저한 변화 가능성이 없다고 판단되는 장애인에 대해서는 그렇지 않다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하려는 경우에는 별지 제7호서식의 통보서를 해당 장애인에게 송부해야 한다.

③ 장애 상태를 확인하기 위한 장애 진단 및 장애 정도의 조정에 관하여는 제6조제2항부터 제5항까지의 규정을 준용한다.

【법규22】

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제4조(단체등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
 - 가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
 - 나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
 - 다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
 - 라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

【법규23】

한의학육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의학"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의학기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(韓藥製劑), 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【법규24】

형법

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)

- ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하여나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)

- ① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)

전4조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)

제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)

제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범

한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제259조(상해치사)

① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)

전2조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한 때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제

261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

- ① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에게 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에게 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

- ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

【법규25】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

- ① 특수건물의 소유자는 그 건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다.
- ② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는 「민법」에 따른다.

제8조(보험금액)

- ① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.
 1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
 2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
 - 가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
 - 나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
 - 다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액
- ② 제1항 제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령

으로 정한다.

제16조(안전점검)

① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소화시설의 안전점검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다.

1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수(「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물
2. 「고압가스 안전관리법」 제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
3. 「산업안전보건법」 제49조의2제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물

② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소화시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다.

③ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다.

④ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지 아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다.

⑤ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다.

⑥ 제1항과 제2항에 따른 안전점검은 대통령령으로 정하는 바에 따른다.

【법규26】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제2조(특수건물)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.

1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.
- 1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 사단법인 교육시설재난공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.
2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이

상인 건물

9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 - 가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업
 - 나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업
 - 다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업
 - 라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업
 - 마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업
 - 바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업
 - 사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업
11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 사단법인 교육시설재난공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.
12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.
13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용으로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하

는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.
 18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물
- ② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.

제5조(보험금액)

- ① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.
1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
 2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

- ① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.
- ② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.
 1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
 2. 청구액과 지급액
 3. 피해자의 주소 및 성명

【법규27】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(손해액)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비
2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

【법규28】

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 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 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.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 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 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
 - 가. 암
 - 나. 후천성면역결핍증
 - 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화

마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 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.