

약관의 요약 및 가이드

보기 어려운 약관의 주요 내용과 관련 용어 및 법·규정을 정리하였습니다.

- 1 주요내용 요약서
- 6 가입자 유의사항
- 9 개인정보 제공에 대한 고객 안내문
- 11 보험용어해설
- 12 보험계약관련 법·규정

주요내용 요약서

고객님께서 가입하신 보험약관의 주요 내용과 관련 용어를 알기 쉽게 요약하였습니다.
추가로 참고할 수 있는 법·규정을 한 눈에 볼 수 있도록 정리했으니, 상세한 내용은 약관
본문을 참고하시기 바랍니다.

용어의 정의

계약자는 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지닌 사람, 피보험자는 보험사고의 대상이 되는 사람, 보험수익자는 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다. 기타 각종 용어의 정의는 주계약 약관 조항을 참조하시기 바랍니다.

보험금의 지급사유

회사는 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(약관 별표1-1 보험금지급기준표 참조)을 지급합니다.

보험금 지급에 관한 세부규정

보험료 납입기간 중 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상의 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 장애지급률 결정방법 및 장해판정시기 등 자세한 내용은 주계약 약관 조항(보험금 지급에 관한 세부규정)을 참조하시기 바랍니다.

보험금의 청구

보험수익자 또는 계약자는 청구서(회사양식), 사고증명서, 신분증 및 기타 필요서류를 제출하고, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구해야 합니다.

보험금의 지급절차

회사는 보험금을 청구할 때 구비서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

계약 전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 보험회사가 서면으로 질문한 ‘중요한 사항’ *에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 해야 합니다. 특히, 보험설계사 등에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행해야 하므로 답변에 신중하여야 합니다.

* ‘중요한 사항’ 은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

주요내용 요약서

계약 전 알릴 의무 위반의 효과

회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 ‘중요한 사항’에 대하여 사실과 다르게 알린 경우, 보험사는 별도로 정한 방법에 따라 계약자 또는 피보험자의 의사와 관계없이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

보험계약의 성립

계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어지며, 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절해야 합니다. 회사가 승낙한 때에는 보험증권을 보내드리며, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

청약의 철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약, 전문보험계약자가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 다이렉트몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

계약 취소

청약시 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者: 의식은 있으나 정신 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람) 또는 심신박약자(心神薄弱者: 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

주요내용 요약서

계약의 소멸

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제1회 보험료 및 회사의 보장개시일

회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제2회 이후 보험료의 납입

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약을 체결할 때 납입하기로 약속한 날까지 납입하여야 하며, 계약자의 선택에 따라 보험료의 납입한도 내에서 추가납입보험료를 수시로 납입할 수 있습니다. 다만, 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]까지는 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약을 체결할 때 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 합니다. 또한, 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이 지난 후부터는 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 해당월의 월대체보험료를 충당할 수 있을 경우 기본보험료를 납입하지 않을 수도 있으며 기본보험료를 납입한도 내에서 자유롭게 납입할 수 있습니다. 다만, 이미 납입한 보험료의 합계가 기본보험료 총액에 도달한 경우 더 이상 기본보험료를 납입할 수 없으며, 약관 용어의 정의에서 정한 보험료 납입한도 내에서 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다.

추가납입보험료

기본보험료 이외에 보험계약 성립후부터 보험기간 중에 수시로 납입하는 보험료를 말하며 다음과 같습니다.

1. 보험기간 중 납입하기로 정한 기본보험료 총액(이하 “기본보험료 총액”이라 합니다)을 초과하여 납입하는 보험료
2. 월납계약에서 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이내에 보험료 납입한도 내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료

※ 추가납입보험료를 납입할 때에는 소정의 계약관리비용이 차감되므로 유의하시기 바랍니다.

적립액의 인출

일시납의 경우 계약일 이후, 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)] 이후부터 보험년도 기준 연 12회에 한하여 적립액의 일부를 인출할 수 있으며 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해지환급금의 70%를 초과할 수 없습니다. 다만, 보험료 납입 경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이내에 추가납입이 있는 경우에는 추가납입적립액에서 인출할 수 있습니다. 총 인출금액은 계약자가 납입한 보험료 총액(특약보험료는 제외)을 초과할 수 없으며, 인출금액은 10만원 이상에 한하여 인출할 수 있습니다.

주요내용 요약서

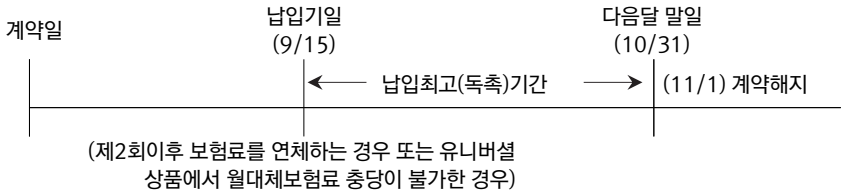
보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

* 일시납상품은 제외

계약자가 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우, 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]까지 계약자가 제2회 이후의 기본보험료(특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하지 않은 때
 2. 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이후 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우
 3. 일시납의 경우 적립액 인출 등으로 인하여 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우
- * 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 말일까지로 합니다.

예시



보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)

* 일시납 상품은 제외

보험료의 납입을 연체하여 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강 상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

공시이율의 적용 및 공시

공시이율은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 최저보증이율은 가입 후 5년 이내에는 연복리 2.5%, 5년 초과 10년 이내에는 연복리 2.0%, 10년을 초과하는 경우에는 연복리 1.5%를 적용합니다. 공시이율 산출기준 등 세부내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

소멸시효

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

주요내용 요약서

예금보험에 의한 지급보장

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

현대라이프 상담 채널 안내

고객님께서 가입하신 보험상품 및 관련 문의사항이 있으면 연락 주시기 바랍니다.

* 현대라이프 고객센터 : 1577-3311

* 현대라이프 ZERO 상담센터 : 1544-2900

* 현대라이프 웹사이트 : www.hyundailife.com

* 고객님의 가입하신 보험계약에 대해 분쟁조정이 필요하거나 보험금 지급처리내용 등에 대해 불만이 있는 경우에는 당사로 1차 신청하시고, 결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 진정 또는 분쟁조정을 신청할 수 있습니다.

금융감독원 민원상담전화 및 지원 안내

민원상담전화 : 국번없이 1332(이동전화 : 지역번호-1332)

부산지원 : 051-606-1702

대구지원 : 053-760-4000

광주지원 : 062-606-1600

대전지원 : 042-479-5151~4

가입자 유의사항

가. 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

보험계약전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 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 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

종신보험

- 종신보험은 사망보험금을 중심으로 각종 특약을 통해 보장을 설계할 수 있는 상품으로 저축이나 연금상품이 아닙니다.

월대체보험료 공제

- 회사가 정한 기간(1년 또는 2년) 이후에는 보험료를 자유롭게 납입할 수 있습니다.
- 그러나, 보험료를 납입하지 않는 경우에는 적립액에서 월대체보험료가 공제되므로 보험금이나 해지환급금이 줄어든 수 있으며, 계약이 해지될 수도 있음을 유의하시기 바랍니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

해지환급금

- 보험계약을 중도에 해지할 때 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용 적립되고, 해지할 때에는 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

나. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

암보장

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 2년 등) 미만인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정합니다.

특정질병보장

- 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급함

가입자 유의사항

니다.

수술보장

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

입원보장

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

재해·상해보장

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 따라 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.
* 상품설명서 본문의 ‘실제사례’를 반드시 확인하시기 바랍니다.

실손의료비보험

- 이 보험은 발생의료비 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 비급여에 대해 일정비율(입원의 경우 80%(상급병실차액은 별도 계산), 통원의 경우 공제금액을 제외한 금액)을 보장하는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.
* 자세한 사항은 본문을 참고하시기 바랍니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 두 개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.

갱신형 보험

- 갱신형 보험의 보험기간은 10년(실손의료비보험은 1년)만기로, 최초가입 후 매10년(1년)마다 갱신을 통해 최종갱신계약의 보험기간 종료일까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료를 적용하며, 이는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.

어린이 보험

- 피보험자가 만15세 미만에 사망하는 경우 사망보험금을 지급하지 않습니다.

가입자 유의사항

다. 주요민원사항

유형	피보험자 무동의(대리서명) 계약 관련
내용	고객 A는 모집인 B로부터 현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 가입을 권유 받고 군 복무 중인 자녀 C를 피보험자로 하여 보험계약을 체결하였으나, C가 군 복무 중이라는 이유로 피보험자 서명을 부모인 고객 A가 대리하였고, 모집인 B는 묵시적으로 이를 동의함 자녀 C는 전역 후 본인이 피보험자로 보험가입이 되었다는 사실을 알게 되었고, 이에 본인 동의를 없이 대리서명으로 체결된 보험계약에 대하여 보험계약의 취소 및 기 납입보험료 환급을 요구하는 민원을 제기함
유의 사항	계약자와 피보험자가 부모와 자녀 사이라도 피보험자 무동의(대리서명)으로 보험계약이 체결된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시 보험금 지급이 거절되며, 해당 보험계약은 강제로 해지될 수 있음

개인정보 제공에 대한 고객 안내문

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객권리 안내문

이 고객권리안내는 고객님의께서 개인신용정보의 제공 · 이용에 대하여 동의하신 내용과 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다. 당사는 고객님의 개인신용정보를 체계적으로 관리 · 보호하기 위하여 내부적으로 '개인신용정보 관리 · 보호인'을 지정 운영하고 있으며, 「개인신용정보 관리 · 보호 지침」을 마련하여 시행하고 있습니다.

고객님의 신용정보는 고객님의 동의한 목적만으로 이용되며, 제휴회사 등에 대한 정보의 제공 · 이용 동의여부와 관계없이 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 제휴 · 부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 동의하지 않으신 경우 제휴 · 부가서비스 및 신상품 · 서비스 소개 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

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

1. 금융서비스 이용 범위

- 가. 고객님의 개인신용정보는 보험계약의 체결, 유지관리 및 보험모집질서 유지 등의 목적 또는 공공기관의 정책자료 제공 및 고객이 동의한 목적으로만 이용됩니다.
- 나. 고객님의 설계사, 대리점 등을 통해 보험계약을 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서
1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴 · 부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2)당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴 · 부가서비스 및 신상품 · 서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 상의 고객권리

1) 보험거래 관련

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

신청방법

- 전화 : 1577-3311
- 방문신청 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서면신청 : 서울특별시 영등포구 여의나루로 57 현대라이프

2) 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객님은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 당사가 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 요구할 수 있습니다.

개인정보 제공에 대한 고객 안내문

3) 본인 정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객님은 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인 정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단시킬 수 있습니다. (다만, 고객님의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조사회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다)

신청방법

- 전화 : 1577-3311
- 인터넷 신청 : www.hyundailife.com 내 사이버 창구
- 방문신청 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서면신청 : 서울특별시 영등포구 여의나루로 57 현대라이프
- * 신청자 제한 : 신청은 신용정보 주체에 한하며, 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

4) 본인 정보의 열람 및 정정 요구

고객님은 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제38조에 따라 전국은행연합회, 신용조사회사, 금융회사 등이 보유한 본인 정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인 정보가 사실과 다를 경우에는 이의 정정 및 삭제제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

신청방법

- 전화 : 1577-3311
- 인터넷 신청 : www.hyundailife.com 내 사이버 창구
- 방문신청 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서면신청 : 서울특별시 영등포구 여의나루로 57 현대라이프

5) 본인 정보의 무료 열람 요구

고객님은 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제39조에 따라 본인 정보를 신용조사회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조사회사에 문의하시기 바랍니다.

연락처

- 나이스평가정보(주) : 02-2122-4000 www.niceinfo.co.kr
- 서울신용평가정보(주) : 1577-1006 www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰로(주) : 02-708-6000 www.koreacb.com

3. 위의 권리사항과 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로사항이 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락주시기 바랍니다.

- 당사 신용정보관리 · 보호인 연락처 : 02-3284-7161
서울특별시 영등포구 여의나루로 57 현대라이프 정보보안팀
- 생명보험협회 개인신용정보 보호담당자 연락처 : 02-2262-6600
서울특별시 중구 퇴계로 173, 16층(충무로 3가)
- 금융감독원 개인신용정보 보호담당자 연락처 : 민원실(국번없이) 1332
서울특별시 영등포구 여의대로 38 금융감독원

보험용어해설

보험약관

생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자

계약을 청약하고 보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

보험수익자

보험사고 발생시 보험금 청구권을 가진 사람

보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보장개시일

보험회사의 보험금지급의무가 시작되는 날

보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

* 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 책임준비금(적립액) 등이 결정됨

책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금, 배당금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해둔 금액

해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지 시 보험계약자에게 돌려주는 금액

위험보험료

이 보험계약에서 정하는 보험금(위험보장)을 지급하기 위하여 매월 공제하는 비용

부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용)

계약자가 납입한 보험료 중에서 이 계약의 판매, 유지비용을 충당하기 위한 보험료

보험계약관련 법·규정

약관작성시 인용된 법·규정의 조문내용을 요약한 것입니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

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.

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·산후부 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(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제

보험계약관련 법·규정

58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다.)

마. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

개인정보보호법

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 제1항 제1호에 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 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

제17조 개인정보의 제공

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조 제1항 제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항 제1호에 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 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

보험계약관련 법·규정

- 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(제5항에 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 제15조 제1항 제1호, 제17조 제1항 제1호, 제23조 제1호 및 제24조 제1항 제1호에 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.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체가 제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제3항 및 제18조 제2항 제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니된다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제5항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조 민감정보의 처리 제한

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 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조 제2항 각 호 또는 제17조 제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

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 제15조 제2항 각 호 또는 제17조 제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

보험계약관련 법·규정

- ② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

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 제32조 제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제32조 개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의

- ① 신용정보제공·이용자가 대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 미리 동의를 받아야 한다.
1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자거래기본법」 제2조 제1호에 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 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- (이하 생략)

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조 개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의

- ① 법 제32조 제1항에서 '대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보'란 제2조 제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 신용정보집중기관 또는 신용조회회사에 제공하려는 다음 각 호의 신용정보는 제외한다.
1. 제2조 제1항 제3호의 신용정보
 2. 제2조 제1항 제5호 각 목(마목 및 사목은 제외한다)에 따른 신용정보. 다만, 같은 호 라목의 경우에는 채납 관련 정보, 자목의 경우에는 신용회복정보만 해당한다.
- ② 신용정보제공·이용자는 법 제32조 제1항에 따라 해당 개인으로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

보험계약관련 법·규정

1. 개인신용정보를 제공받는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공하는 개인신용정보의 내용
 4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
- (이하 생략)

전자서명법

제2조 정의

1. (생략)
 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
 - 4.~9. (생략)
 10. '공인인증기관'이라 함은 공인인증역을 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.
- (이하 생략)

제4조 공인인증기관의 지정

- ① 미래창조과학부장관은 공인인증업무(이하 '인증업무'라 한다)를 안전하고 신뢰성있게 수행능력이 있다고 인정되는 자를 공인인증기관으로 지정할 수 있다.
- ② 공인인증기관으로 지정받을 수 있는 자는 국가기관·지방자치단체 또는 법인에 한한다.
- ③ 공인인증기관으로 지정받고자 하는 자는 대통령령이 정하는 기술능력·재정능력·시설 및 장비 기타 필요한 사항을 갖추어야 한다.
- ④ 미래창조과학부장관은 제1항에 따라 공인인증기관을 지정하는 경우 공인인증시장의 건전한 발전 등을 위하여 국가기관, 지방자치단체 또는 비영리법인과 특별법에 의하여 설립된 법인에 대하여는 설립목적에 따라 인증업무의 영역을 구분하여 지정할 수 있다.
- ⑤ 공인인증기관의 지정절차 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조 정의

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
(생략)

보험계약관련 법·규정

'제1군감염병'이란 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다.

- 가. 콜레라
- 나. 장티푸스
- 다. 파라티푸스
- 라. 세균성이질
- 마. 장출혈성대장균감염증
- 바. A형간염

(이하 생략)

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 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다.

제42조 요양기관

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
 - 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 - 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 - 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
 - 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 - 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

보험계약관련 법·규정

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제2항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

국민건강보험법시행령

[별표3]

요양급여비용 중 본인이 부담하는 상한액

1. 요양급여비용 중 가입자 또는 피부양자 본인이 부담하는 연간 총액의 상한(이하 "본인부담상한액"이라 한다)은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정 방법에 따라 산정한다.

가. 본인부담상한액 산정 방법

1) 계산식

$$\text{해당 연도 본인부담상한액} = \text{전년도 본인부담상한액} \times (1 + \text{전국소비자물가변동률})$$

- 2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.
 - 3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만원 미만의 금액은 버린다.
- 나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우

- 가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

보험계약관련 법·규정

- 마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
- 2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우
- 가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조 보건진료소의 설치·운영

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

보험계약관련 법·규정

약사법

제2조 정의

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “약사(藥事)”란 의약품·의약품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. “약사(藥師)”란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한양제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, “한약사”란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. “약국”이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)]를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

(이하 생략)

의료급여법

제7조 의료급여의 내용 등

① 이 법에 의한 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치

② 제1항의 규정에 의한 의료급여의 방법·절차·범위·상한 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항의 규정에 따라 의료급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령이 정하는 사항은 의료급여의 대상에서 제외할 수 있다.

의료급여법 시행령

제13조 급여비용의 부담

① 법 제10조의 규정에 의하여 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표와 같다.

1. 삭제 <2005.7.5>
2. 삭제 <2005.7.5>

② 삭제 <2005.7.5>

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조 제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

보험계약관련 법·규정

- ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 “급여대상 본인부담금”이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- ⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 제1호 라목 및 제2호 마목에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
 - 1. 1종수급권자 : 2만원
 - 2. 2종수급권자 : 20만원
- ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
 - 1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
 - 2. 2종수급권자 : 매 6개월간 60만원
- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

지역보건법

제7조 보건소의 설치

보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)의 설치는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.

제8조 보건의료원

- ① 보건소중 「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제10조 보건지소의 설치

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 “보건지소”라 한다)를 설치할 수 있다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

주계약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

- 24 제1조 목적
- 24 제2조 용어의 정의

제2관 보험금의 지급

- 27 제3조 보험금의 지급사유
- 27 제4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 28 제5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 28 제6조 보험금 지급사유의 발생통지
- 29 제7조 보험금의 청구
- 29 제8조 보험금의 지급절차
- 30 제9조 보험금 받는 방법의 변경
- 30 제10조 주소변경통지
- 30 제11조 보험수익자의 지정
- 30 제12조 대표자의 지정

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 31 제13조 계약 전 알릴 의무
- 31 제14조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과
- 32 제15조 사기에 의한 계약

제4관 보험계약의 성립과 유지

- 32 제16조 보험계약의 성립
- 32 제17조 청약의 철회
- 33 제18조 약관교부 및 설명의무 등
- 33 제19조 계약의 무효

34	제20조 계약내용의 변경 등
35	제21조 보험나이 등
35	제22조 계약의 소멸

제5관 보험료의 납입

36	제23조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
36	제24조 제2회 이후 보험료의 납입
37	제25조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지
38	제26조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)
38	제27조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

39	제28조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권
39	제29조 중대사유로 인한 해지
39	제30조 회사의 파산선고와 해지
39	제31조 공시이율의 적용 및 공시
40	제32조 해지환급금
40	제33조 적립액의 인출
41	제34조 보험계약대출
42	제35조 배당금의 지급

제7관 분쟁의 조정 등

42	제36조 분쟁의 조정
42	제37조 관할법원
42	제38조 소멸시효
42	제39조 약관의 해석
42	제40조 회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력
42	제41조 회사의 손해배상책임
43	제42조 개인정보보호
43	제43조 준거법
43	제44조 예금보험에 의한 지급보장
44	(별표1-1) 보험금지급기준표
45	(별표1-2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

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 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : 장애분류표(별표14 “장애분류표” 참조, 이하 “장애분류표” 라 합니다)에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립액 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 라. 적립액 : 이 보험의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” (이하 “산출방법서” 라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산되는 금액으로, 영업보험료 및 이전 적립액에서 월대체보험료 및 중도인출금을 공제한 금액을 이 계약의 「공시이율」로 납입일(중도인출금의 경우 인출발생일)부터 일자계산에 따라 적립한 금액을 말합니다.
- 마. 사망보험금 : “기본사망보험금”, “이미 납입한 보험료”, “직전 월계약해당일의 적립액 (직전 월계약해당일 이후에 보험료의 추가납입 또는 중도인출이 있을 경우 해당금액을 가감) × 105%” 중 가장 큰 금액을 말합니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

바. 기본사망보험금 : 보험가입금액을 말합니다. 다만, 적립액을 인출할 때에는 인출 전 기본사망보험금에서 인출금액을 차감하며, 납입보험료 총액이 기본보험료가 매월 정상적으로 납입된 것으로 가정한 금액보다 큰 경우에는 초과납입액(단, 선납보험료는 제외) 만큼 더한 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. 월계약해당일 : 계약일부터 1개월씩 경과되는 매월의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 기본보험료 : 보험계약을 체결할 때 보험료 납입기간 동안 매월 계속 납입하기로 한 월납보험료(일시납계약의 경우 일시납보험료)로서, 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 보험료를 말합니다.

나. 추가납입보험료 : 기본보험료 이외에 보험계약 성립후부터 보험기간 중에 수시로 납입하는 보험료를 말하며 다음과 같습니다.

- 1) 보험기간 중 납입하기로 정한 기본보험료 총액(이하 “기본보험료 총액”이라 합니다)을 초과하여 납입하는 보험료
- 2) 월납계약에서 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이내에 보험료 납입한도 내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료

다. 보험료 납입한도

- 1) 기본보험료와 추가납입보험료를 합하여 보험기간 중 납입할 수 있는 보험료 납입한도는 기본보험료 총액의 300%(단, 적립액의 인출이 있을 경우에는 인출금액의 누계만큼 추가로 납입 가능)로 하며, 연간 납입한도는 다음과 같습니다. 다만, 특약이 부가된 경우 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외하며 적립액의 인출이 있을 경우에는 당해연도 인출금액의 누계만큼 추가로 납입이 가능합니다.

구분	가입후 경과년수 10년 이내	가입후 경과년수 10년이 지난 후
월납	월납기본보험료 × 12 × 300%	월납기본보험료 × 12 × 200%
일시납	일시납 기본보험료 × 20% (단, 초년도는 일시납 기본보험료 × 200%)	일시납 기본보험료 × 10%

- 2) 1)에도 불구하고 국고채수익률(금융투자협회가 매일 공시하는 5년만기 국고채권의 최종 호가수익률을 말합니다)이 이 계약의 공시이율의 최저보증이율 이하로 하락하여 3개월 이상 계속 하회하는 경우, 회사는 보험료 납입한도를 조정할 수 있습니다.

- 3) 보험료 납입한도를 별도로 정하지 않을 경우 1)의 한도를 적용합니다.

라. 이미 납입한 보험료

- 1) 계약자가 회사에 납입한 기본보험료(특약보험료는 제외) 및 추가납입보험료의 합계를 말하며, 적립액의 인출이 있었을 경우에는 기본보험료(특약보험료는 제외) 및 추가납입보

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

현료의 합계에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말합니다.

- 2) 계약자가 보험가입금액을 감액하거나 중도에 적립액을 인출한 경우 사망보험금을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 제20조(계약내용의 변경 등) 제4항 및 제33조(적립액의 인출) 제5항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 또는 인출 이후 납입된 기본보험료(특약보험료는 제외) 및 추가납입보험료의 합계를 말합니다.
- 3) 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제되었을 때에는 보험료 납입면제 사유가 발생한 시점부터 사망시점(보험료 납입기간이 사망시점보다 이전일 경우에는 보험료 납입기간이 끝나는 시점)까지 기본보험료가 납입된 것으로 봅니다.

마. 월대체보험료

1) 일시납

해당월의 위험보험료, 부가보험료의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

2) 월납

가) 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이내

해당월의 위험보험료(납입면제보험료 포함), 부가보험료 및 특약이 부가된 경우 특약보험료의 합계액을 말하며, 해당월의 기본보험료를 납입할 때 적립액에서 공제합니다. 다만, 해당월 계약해당일 이전에 납입할 때에는 해당월 계약해당일에 공제합니다.

나) 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이 지난 후

해당월의 위험보험료(납입면제보험료 포함), 부가보험료(계약관리비용(기타비용) 제외) 및 특약이 부가된 경우 특약보험료(계약관리비용(기타비용) 제외)의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다. 다만, 계약관리비용(기타비용)은 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 납입할 때에 공제합니다.

해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 합계액 이상을 납입하였음에도 불구하고 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 보험계약대출의 원금과 이자의 잔액이 없고 적립액의 인출을 하지 않은 경우에는 월계약해당일에 적립액에서 공제합니다.

월납계약 월대체보험료 공제 예시

예1) 계약일 : 8월 15일, 보험료 납입일 : 매월 20일

→ 2년 이내 매월 20일, 2년 이후 매월 15일 월대체보험료 공제

예2) 계약일 : 8월 15일, 보험료 납입일 : 매월 10일

→ 기간에 상관없이 매월 15일 월대체보험료 공제

제2관 보험금의 지급

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

제3조 보험금의 지급사유

회사는 보험기간(종신) 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 사망보험금을 지급합니다. (별표1-1 “보험금지급기준표” 참조)

제4조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료의 납입을 지연하거나 제33조(적립액의 인출)에 따른 적립액의 인출 등이 있는 경우 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지될 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우 차회 이후의 기본보험료가 납입기간 종료일까지 매월 계약해당일에 납입된 것으로 하여 적립액을 계산합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 등에서 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 보며, 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에는 해당보험금을 지급합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 해당 질병과 관련한 제1항의 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안” 이라 함은 이 약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내) 중 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1항 및 제13항에서 “동일한 재해” 라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

장해지급률만을 적용합니다.

- ㉔ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ㉕ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ㉖ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ㉗ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ㉘ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못하거나 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 경우 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하여 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당보험금을 지급하고 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입 면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사망보험금을 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

제6조 보험금 지급사유의 발생통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

제7조 보험금의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” (별표1-2 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급 제도

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 때 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 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 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조 주소변경 통지

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

제11조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제12조 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 연대(連帶)로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

제13조 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, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 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 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조 사기에 의한 계약

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 보험계약의 성립

- ① 계약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「표준이율+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.

제17조 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 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약철회를 신청할 수 있습니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조 약관교부 및 설명의무 등

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 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 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 - 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

통신판매계약

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

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

제19조 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(적립액의 인출이 있는

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

심신상실자 및 심신박약자의 설명

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.

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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제20조 계약내용의 변경 등

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료의 납입방법
 2. 보험가입금액
 3. 계약자
 4. 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.

추가설명

회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등을 감액하는 경우 환급금이 없거나 계약을 체결할 때 안내한 환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ④ 제3항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 사망보험금을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

감액 직후의 「이미 납입한 보험료」

$$= \text{감액 직전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 적립액}}{\text{감액 전 적립액}}$$

* “감액 직전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전 인출 및 감액이 발생한 경우 제33조(적립액의 인출) 제5항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 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.

제21조 보험나이 등

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1989년 10월 2일, 현재(계약일) : 2015년 4월 13일
⇒ 2015년 4월 13일 - 1989년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제22조 계약의 소멸

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제5관 보험료의 납입

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

제23조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시

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

보장개시일

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(계약 전 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 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.

제24조 제2회 이후 보험료의 납입

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 보험계약의 성립 후부터 회사가 정한 방법 및 보험료 납입한도 내에서 보험기간 중 자유롭게 납입할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자는 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)] 이내에는 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자의 선택에 따라 보험료의 납입한도 내에서 추가납입보험료를 수시로 납입할 수 있습니다. 또한, 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이 지난 후부터는 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 해당월의 월대체보험료를 충당할 수 있을 경우에는 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 납입하지 않을 수 있으며 기본보험료를 납입한도 내에서 자유롭게 납입할 수 있습니다. 다만, 이미 납입한 보험료의 합계가 기본보험료 총액에 도달한 경우에는 더 이상 기본보험료를 납입할 수 없으며, 제2조(용어의 정의) 제5호에서 정한 보험료 납입한도 내에서 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

납입기일

계약자가 제2회 이후의 기본보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ③ 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제25조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

- ① 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.
1. 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]까지 계약자가 제2회 이후의 기본보험료(특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하지 않는 경우
 2. 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이 지난 후 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우
 3. 일시납의 경우 적립액의 인출 등으로 인하여 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우
- ② 제1항의 경우 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입경과기간 2년(24회)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이후 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 합계액 이상을 납입하였음에도 불구하고 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 보험계약대출의 원금과 이자의 잔액이 없고 적립액의 인출을 하지 않은 경우 적립액에서 월대체보험료 충당이 가능한 경우에만 한하여 제1항에 따른 납입최고(독촉)를 하지 않습니다.
- ④ 회사가 제1항 및 제2항에 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 제1항 및 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

납입경과기간 2년이 지난 후, 1년이상 보험료 미납시 안내사항

납입경과기간 2년이 지난 후, 계약자가 1년이상 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 아래 사항을 안내하여 드립니다.

- 월대체보험료 공제의 개념 및 공제하는 경우 적립액이 감소된다는 사실
- 계약유지를 위한 요건 및 보험료를 납입하지 않은 경우 계약이 해지될 수 있다는 사실 등

제26조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)

① 보험료 납입기간 이내에 한하여 제25조(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 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약할 날까지의 아래 금액에 이 계약의 사업방법서에서 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 이 경우 기본보험료의 배수로만 납입하여야 하며, 회사는 미납된 월대체보험료를 공제합니다.

1. 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이내 실효된 경우

보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]까지 연체된 기본보험료(특약보험료 포함) 이상의 금액과 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)] 이후 부활(효력회복)을 청약한 날까지 연체된 월대체보험료 및 계약관리비용(기타비용) 이상의 금액

2. 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이 지난 후 실효된 경우

부활(효력회복)을 청약한 날까지 연체된 월대체보험료 및 계약관리비용(기타비용) 이상의 금액

② 제1항에도 불구하고 “기본보험료 총액”을 납입한 이후 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하여 계약이 해지된 경우에는 부활(효력회복)을 취급하지 않습니다.

③ 제1항에 따라 해지된 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제27조 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 회사에게 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

게 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.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제28조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류나 증거를 위조 또는 변조한 경우다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제30조 회사의 파산선고와 해지

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제31조 공시이율의 적용 및 공시

- ① 이 보험의 적립액을 계산할 때 적용하는 이율은 『공시이율』로 합니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

공시이율

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

- ② 공시이율의 최저보증이율은 가입 후 5년 이내에는 연복리 2.5%, 5년 초과 10년 이내에는 연복리 2.0%, 10년을 초과하는 경우에는 연복리 1.5%를 적용합니다.

최저보증이율

운용자산이익률 및 지표금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립액이 공시이율에 따라 적립되며 10년 초과 시 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율은 10년 초과 1.5%), 적립액은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(1.5%)로 적립됩니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.
- ④ 회사는 계약자에게 연 1회 이상 공시이율의 변경내역을 통지하며, 회사의 인터넷 홈페이지(상품공시실)에 매월 공시합니다.

제32조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다. 해지환급금을 계산할 때 적용되는 「공시이율」은 제31조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 하며, 이 보험의 공시이율이 변경될 경우에는 변경된 날부터 변경된 공시이율을 적용합니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용한 이율(연복리 3.25%)로 계산한 해지환급금을 최저로 보증합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” (별표1-2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제33조 적립액의 인출

- ① 계약자는 일시납의 경우 계약일 이후, 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]이후부터 보험년도 기준 연 12회에 한하여 적립액의 일부를 인출할 수 있으며, 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)의 70%를 초과할 수 없습니다. 다만, 보험료 납입 경과기간 2년내(24회 납입)[1년납의 경우 1년(12회 납입)]에 추가납입이 있는 경우에는 추가납입적립액에서 인출할 수 있으며, 총 인출금액은 계약자가 납입한 보험료 총액(특약보험료는 제외)을 초과할 수 없습니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

보험년도

당해년도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어, 보험계약일이 2015년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년

- ② 제1항에 따라 적립액을 인출할 경우 인출금액은 10만원 이상에 한하여 인출할 수 있으며 수수료는 부과하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 경우, 적립액을 인출할 때 인출금액 및 인출금액의 이자만큼 환급금에서 차감하여 지급하므로 환급금이 감소할 수 있습니다.
- ④ 적립액의 인출은 추가납입보험료에 의한 적립액에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 적립액이 부족한 경우에 한하여 기본보험료에 의한 적립액에서 인출이 가능합니다.
- ⑤ 제1항에 따라 적립액을 인출할 경우 사망보험금을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

인출 직후의 「이미 납입한 보험료」

$$= \text{인출 직전 이미 납입한 보험료} * \times \frac{\text{인출할 때 적립액} - \text{인출금액}}{\text{인출할 때 적립액}}$$

* “인출 직전 이미 납입한 보험료”는 해당 인출 전에 인출 및 감액이 발생한 경우 제20조(계약내용의 변경 등) 제4항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

적립액 인출 예시

예) 해지환급금 1,000만원, 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료 총액이 400만원일 경우
→ 1,000만원의 70%는 700만원이나, 납입한 보험료 총액 한도에 따라 400만원까지 인출가능

제34조 보험계약대출

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제25조(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.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

제35조 배당금의 지급

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조 분쟁의 조정

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

제37조 관할법원

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

제38조 소멸시효

- ① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제39조 약관의 해석

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

제40조 회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력

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

제41조 회사의 손해배상책임

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

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

제42조 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.

제43조 준거법

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

제44조 예금보험에 의한 지급보장

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

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

별표1-1

보험금지급기준표

급부명칭	지급사유	지급금액
사망보험금	보험기간(종신) 중 피보험자가 사망하였을 경우	다음 중 큰 금액을 지급 - 기본사망보험금 - 직전 월계약해당일의 적립액×105% - 이미 납입한 보험료

- 주) 1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제합니다.
2. “기본사망보험금” 이라 함은 보험가입금액을 말합니다. 다만, 적립액을 인출할 때에는 인출 전 기본사망보험금에서 인출금액을 차감하며, 납입보험료 총액이 기본보험료가 매월 정상적으로 납입된 것으로 가정한 금액보다 큰 경우에는 초과납입액(단, 선납보험료는 제외)만큼 더한 금액을 말합니다.
3. “직전 월계약해당일의 적립액×105%” 는 사망보험금 지급사유 발생 직전 월계약해당일의 적립액으로 계산하며, 직전 월계약해당일 이후에 보험료 추가납입 또는 적립액의 인출이 있었을 경우 해당금액을 가감합니다.
4. “이미 납입한 보험료” 는 약관 제2조(용어의 정의)에서 정한 내용에 따릅니다.
5. 적립액을 계산할 때 적용되는 「공시이율」 은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 최저보증 이율은 가입 후 5년 이내에는 연복리 2.5%, 5년 초과 10년 이내에는 연복리 2.0%, 10년을 초과하는 경우에는 연복리 1.5%를 적용합니다.

현대라이프 종신보험(기본형) 무배당 주계약 약관

별표1-2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제8조 제2항 및 제32조 제2항 관련)

구분	적립기간	지급이자
사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제32조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년이내 : 공시이율의 50% (단, 최저 1%) - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제38조)가 완성된 이후에는 지급
하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급
되지 않을 수 있습니다.

정기특약 무배당

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

	제1관 목적 및 용어의 정의
48	제1조 목적
48	제2조 용어의 정의
	제2관 보험금의 지급
49	제3조 보험금의 지급사유
49	제4조 보험금 지급에 관한 세부규정
49	제5조 보험금을 지급하지 않는 사유
49	제6조 보험금의 청구
50	제7조 보험금의 지급절차
50	제8조 보험금 받는 방법의 변경
	제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
50	제9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과
	제4관 보험계약의 성립과 유지
51	제10조 특약의 체결 및 소멸
51	제11조 특약의 무효
51	제12조 특약내용의 변경 등
52	제13조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간
	제5관 보험료의 납입
52	제14조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시
52	제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
53	제16조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)
	제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등
53	제17조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권
53	제18조 해지환급금
54	제19조 보험계약대출

제7관 기타사항

54 제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

55 (별표1) 보험금지급기준표

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자' 라 합니다)와 보험회사(이하 '회사' 라 합니다) 사이에 제3조 (보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: 재해 분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간 및 날짜 관련 용어

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

제2관 보험금의 지급

제3조 보험금의 지급사유

회사는 특약보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금을 지급합니다. (별표1 '보험금지급기준표' 참조)

제4조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유) 등에서 피보험자에게 특약보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 보며, 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에는 해당보험금을 지급합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 재해는 특약보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

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, 다음 중 어느 하나에 해당하여 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당보험금을 지급합니다.
 - 가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사망보험금을 지급합니다.
 - 나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사망보험금을 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

제6조 보험금의 청구

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 규정에 따른 지급기일내에 보험금을 지급하지 않을 경우에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자 등의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

제8조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 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 이 계약의 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제10조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 또는 다음의 어느 하나가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제11조 특약의 무효

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

심신상실자 및 심신박약자의 설명

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.

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.

제12조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

정기특약 무배당 약관

- ② 회사는 계약자가 특약보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제14조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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.

제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나

정기특약 무배당 약관

는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다).

- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의할 것을 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제11조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 해지환급금

정기특약 무배당 약관

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따른 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 - 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간
: 1년 이내의 기간은 표준이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 - 2. 청구일 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

제7관 기타사항

제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

정기특약 무배당 약관

별표1

보험금지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	지급사유	지급금액
사망보험금	특약보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	1,000만원

재해사망특약 무배당

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

	제1관 목적 및 용어의 정의
58	제1조 목적
58	제2조 용어의 정의
	제2관 보험금의 지급
58	제3조 보험금의 지급사유
59	제4조 보험금 지급에 관한 세부규정
59	제5조 보험금을 지급하지 않는 사유
59	제6조 보험금의 청구
59	제7조 보험금의 지급절차
60	제8조 보험금 받는 방법의 변경
	제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
60	제9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과
	제4관 보험계약의 성립과 유지
60	제10조 특약의 체결 및 소멸
61	제11조 특약의 무효
61	제12조 특약내용의 변경 등
61	제13조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간
	제5관 보험료의 납입
62	제14조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시
62	제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
63	제16조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

- 63 제17조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권
- 63 제18조 해지환급금
- 64 제19조 보험계약대출

제7관 기타사항

- 64 제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용
- 65 (별표1) 보험금지급기준표

재해사망특약 무배당 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 보험회사(이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약 : 이 특약의 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해 : 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.

나. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립액 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 보험금의 지급사유

재해사망특약 무배당 약관

회사는 특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 재해사망보험금을 지급합니다. (별표1 “보험금지급기준표” 참조)

제4조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 피보험자에게 특약보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 보며, 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에는 해당보험금을 지급합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 재해는 특약보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

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 경우, 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당보험금을 지급합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 재해사망보험금을 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

제6조 보험금의 청구

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지

재해사망특약 무배당 약관

급합니다.

- ② 회사는 제1항의 규정에 따른 지급기일내에 보험금을 지급하지 않은 경우에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자 등의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

제8조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해사망보험금의 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 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제10조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가

재해사망특약 무배당 약관

하여 이루어집니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 또는 다음의 어느 하나가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제11조 특약의 무효

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이때 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 계약의 경우

다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

심신상실자 및 심신박약자의 설명

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.

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.

제12조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

재해사망특약 무배당 약관

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제14조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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.

제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의할 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확

재해사망특약 무배당 약관

인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ④ 제1항 내지 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제11조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 해지환급금

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 제1항의 규정에 따른 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효 기간내에서 다음 각 호에 따라

재해사망특약 무배당 약관

연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간
: 1년이내의 기간은 표준이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%

2. 청구일 다음 날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

제7관 기타사항

제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

재해사망특약 무배당 약관

별표1

보험금지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	지급사유	지급금액
재해사망보험금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원

재해장해특약 무배당

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

	제1관 목적 및 용어의 정의
68	제1조 목적
68	제2조 용어의 정의
	제2관 보험금의 지급
69	제3조 보험금의 지급사유
69	제4조 보험금 지급에 관한 세부규정
70	제5조 보험금을 지급하지 않는 사유
70	제6조 보험금의 청구
71	제7조 보험금의 지급절차
72	제8조 보험금 받는 방법의 변경
	제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
72	제9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과
	제4관 보험계약의 성립과 유지
72	제10조 특약의 체결 및 소멸
73	제11조 특약내용의 변경 등
73	제12조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간
	제5관 보험료의 납입
73	제13조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시
74	제14조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
74	제15조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

75	제16조 계약자의 임의해지
75	제17조 해지환급금
75	제18조 보험계약대출

제7관 기타사항

75	제19조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용
76	(별표1) 보험금지급기준표

재해장해특약 무배당 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 보험회사(이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약 : 이 특약의 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해 : 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해 : 장해분류표(별표14 “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표” 라 합니다)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립액 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 보험금의 지급사유

회사는 특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 재해장해보험금을 지급합니다. (별표1 “보험금지급기준표” 참조)

제4조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 재해는 특약보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내) 중 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제8항 및 제12항에서 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 재해장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감한 것을 최종장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제3조(보험금의 지급사유)에 있어서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제10항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해보험금에서 이미 지급한 것으로 간주한 재해장해보험금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해보험금의 지급

재해장해특약 무배당 약관

사유가 되지 않았던 장해

2. 위 제1호 이외에 이 보험의 규정에 따라 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해보험금이 지급되지 않았던 장해

보험금 지급 예시

예1) 제4조 제11항 제1호

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률30%) 지급하는 재해장해보험금
→ 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 뺀 10%에 해당하는 재해장해보험금을 지급합니다.

예2) 제4조 제11항 제2호

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)가 된 피보험자가 이후에 재해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률35%)가 된 경우 지급하는 재해장해보험금
→ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 뺀 20%에 해당하는 재해장해보험금을 지급합니다.(이 특약은 재해로 인한 장해를 보장하며 질병으로 인한 장해지급률 15%는 지급하지 않습니다)

- ⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑭ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 경우 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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 경우, 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당보험금을 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

제6조 보험금의 청구

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 규정에 따른 지급기일내에 보험금을 지급하지 않은 경우에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만 계약자, 피보험자 또는 보험수익자등의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급 제도

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

- ④ 제3항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

재해장해특약 무배당 약관

- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 때 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해장해보험금의 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 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제 17조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제10조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가

재해장해특약 무배당 약관

하여 이루어집니다.

② 다음의 어느 하나가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

③ 피보험자에게 특약보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

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.

제11조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제17조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제12조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제13조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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.

제14조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의서를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제15조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

재해장해특약 무배당 약관

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제16조 계약자의 임의해지

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 해지환급금

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 제1항의 규정에 따른 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효 기간내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간
: 1년이내의 기간은 표준이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 2. 청구일 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제18조 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

제7관 기타사항

제19조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

재해장해특약 무배당 약관

별표1

보험금지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	지급사유	지급금액
재해장해 보험금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이 하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	해당 장해지급률 ×1,000만원

5대성인병특약 무배당

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

- 79 제1조 목적
- 79 제2조 용어의 정의
- 79 제3조 “뇌출혈”의 정의 및 진단확정
- 80 제4조 “급성심근경색증”의 정의 및 진단확정
- 80 제5조 “말기신부전증”의 정의 및 진단확정
- 80 제6조 “말기간질환”의 정의 및 진단확정
- 81 제7조 “말기폐질환”의 정의 및 진단확정

제2관 보험금의 지급

- 81 제8조 보험금의 지급사유
- 81 제9조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 82 제10조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 82 제11조 보험금의 청구
- 82 제12조 보험금의 지급절차

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 83 제13조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제4관 보험계약의 성립과 유지

- 83 제14조 특약의 체결 및 소멸
- 84 제15조 특약내용의 변경 등
- 84 제16조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

제5관 보험료의 납입

- 84 제17조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시
- 84 제18조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 85 제19조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 특별부활(효력회복)

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

- 85 제20조 계약자의 임의해지
- 86 제21조 해지환급금
- 86 제22조 보험계약대출

제7관 기타사항

- 86 제23조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- 87 (별표1) 보험금지급기준표

5대성인병특약 무배당 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’ 라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’ 라 합니다) 사이에 제8조 (보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: 재해 분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립액 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간 및 날짜 관련 용어

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

제3조 “뇌출혈”의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 ‘뇌출혈’이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 뇌출혈 분류표(별표4 참조)에

5대성인병특약 무배당 약관

서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.

- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자 방출 단층촬영(PET), 단일광자 방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 “급성심근경색증”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 ‘급성심근경색증’ 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 급성심근경색증 분류 표(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도 검사, 심장초음파 검사, 핵의학검사, 양전자 방출 단층촬영(PET), 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조 “말기신부전증”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 ‘말기신부전증’ 이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능 부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존 요법으로는 치료가 불가능한 말기신부전증환자가 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받고 있거나 받은 경우를 말합니다. 다만, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.
- ② 말기신부전증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제6조 “말기간질환”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 ‘말기간질환’ 이라 함은 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말하며, 영구적인 황달, 간성뇌병증, 복수의 3가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 1. 영구적인 황달(jaundice)이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3mg/dL 이상인 경우를 말합니다
 - 2. 간성뇌병증(hepatic encephalopathy)이란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능의 장애가 반복되는 상태를 말합니다
 - 3. 복수(ascites)란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사 [복부 초음파 및 복부 전산화단층촬영(CT)등]에 의해 복수가 존재하는 것을 말합니다.
- ② 말기간질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련

5대성인병특약 무배당 약관

법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 정기적인 이학적 검사, 혈액검사, 영상검사(초음파 등) 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인가능 하여야 합니다.

제7조 "말기폐질환"의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 ‘말기폐질환’ 이라 함은 만성호흡부전을 일으키는 폐질환이 악화된 상태로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 1. 폐기능 검사에서 1초간 노력성 호기량(FEV1)이 지속적으로 정상예측치의 25% 이하
※ FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 second) : 1초에 최대 호기할 수 있는 폐기량
 2. 저산소증으로 인하여 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태로써 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압 (PaO2)이 60mmHg 이하
- ② 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
- ③ 말기폐질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 정기적인 폐기능검사, 흉부X선검사, 동맥혈가스분석검사 등의 검사 결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인가능 하여야 합니다.

제2관 보험금의 지급

제8조 보험금의 지급사유

회사는 특약보험기간 중 피보험자가 “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “말기신부전증”, “말기간질환” 또는 “말기폐질환” 으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 진단자금을 지급합니다. (단, “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “말기신부전증”, “말기간질환” 및 “말기폐질환” 각각 최초 1회에 한하여 지급하며 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우에는 해당 지급금액의 50%지급, 별표1 “보험금지급기준표” 참조)

제9조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “말기신부전증”, “말기간질환” 또는 “말기폐질환” 으로 진단확정되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

5대성인병특약 무배당 약관

- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부 터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안” 이라 함은 이 약관 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 이 약관 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 특약보험기간 중 피보험자가 사망하여, 그 후에 “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “말기신부전증”, “말기간질환” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)의 진단자금을 지급합니다.

제10조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제11조 보험금의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(해당 질병진단서 또는 필요시 진료기록부 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 회사가 제1항의 규정에 따른 지급기일내에 보험금을 지급하지 않은 경우에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을

5대성인병특약 무배당 약관

더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자등의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약에 관한 계약전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약할 때에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우 또는 다음의 어느 하나가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제1호에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자에게 특약보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록

5대성인병특약 무배당 약관

부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제15조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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.

제18조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회

5대성인병특약 무배당 약관

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

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다).
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의의를 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 계약자의 임의해지

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

5대성인병특약 무배당 약관

제21조 해지환급금

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따른 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간
: 1년 이내의 기간은 표준이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 2. 청구일 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

제7관 기타사항

제23조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

5대성인병특약 무배당 약관

별표1

보험금지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	지급사유	지급금액
진단자금	특약보험기간 중 피보험자가 『뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환』으로 진단확정 되었을 때 (단, 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 및 말기폐질환 각각 최초1회에 한하여 지급)	1,000만원 (단, 계약일부터 1년미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)

주) 1년 미만이라 함은 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다.

암특약 무배당/갱신형

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

- 90 제1조 목적
- 90 제2조 용어의 정의
- 91 제3조 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정
- 91 제4조 “제자리암”의 정의 및 진단확정
- 91 제5조 “경계성종양”의 정의 및 진단확정
- 92 제6조 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정

제2관 보험금의 지급

- 92 제7조 보험금의 지급사유
- 93 제8조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 93 제9조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 94 제10조 보험금의 청구
- 94 제11조 보험금의 지급절차

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 94 제12조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제4관 보험계약의 성립과 유지

- 95 제13조 특약의 체결 및 소멸
- 95 제14조 특약의 무효
- 96 제15조 특약내용의 변경 등
- 96 제16조 특약의 갱신
- 96 제17조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

제5관 보험료의 납입

- 97 제18조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시
- 97 제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 98 제20조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

98	제21조 계약자의 임의해지
98	제22조 해지환급금
99	제23조 보험계약대출

제7관 기타사항

99	제24조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용
100	(별표1) 보험금지급기준표

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 보험회사(이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립액 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 특약의 최초계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신시점)의 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 암보장개시일 : 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

제3조 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 "암(癌)" 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) (별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 제6조("대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 "유방암" 이라 함은 제1항의 "암(癌)" 으로 분류되는 질병에서 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 "기타피부암" 이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 "갑상선암" 이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ "암", "유방암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항

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

제4조 "제자리암"의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 "제자리암" 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)(별표7 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제6조("대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.
- ② "제자리암"의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 "경계성종양"의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 "경계성종양" 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표8 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막 고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

대장점막내암 예시		
점막 (mucosa)	상피세포 (epithelium)	제자리암 (intraepithelial carcinoma)
	기저막 (basement membrane)	
	고유판 (lamina propria)	점막내암 (intramucosal carcinoma)
	점막근판 (muscularis mucosa)	
점막하조직 (submucosa)		점막하침윤암 (submucosal carcinoma)
고유근육 (muscularis propria)		
장막 (serosa)		

② “대장점막내암”의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급

제7조 보험금의 지급사유

회사는 특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정 되었을 때 또는 피보험자가 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 대장점막내암으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 진단지금을 지급합니다. (단, 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 및 대장점막내암 각각 최초 1회에 한하여 지급, 별표1 “보험금지급기준표” 참조) (단, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 지급사유가 발생한 경우에는 해당 지급금액의 50%지급. 그러나, 유방암의 경우

최초계약의 계약일부터 180일미만에 지급사유가 발생한 경우에는 해당 지급금액의 10%지급)

제8조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 갱신될 때 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암(경계성종양, 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 및 대장점막내암은 제외)으로 진단이 확정되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 특약보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 피보험자에게 “기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암”으로 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단자금이 지급된 “기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암”과 동일한 질병인 경우(동일 부위에 대한 재진단 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다. 다만, 제3항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정 되어 보험금이 지급된 “기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암”이라 하더라도 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑦ 제5항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안” 및 제6항의 “보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 이 약관 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 이 약관 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑨ 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여, 그 후에 암(기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 및 대장점막내암 포함)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)의 진단자금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정된 경우에는 제외합니다.

제9조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 보험료 납

입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조 보험금의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서 (해당 질병진단서 또는 필요시 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 보험금의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 따른 지급기일내에 보험금을 지급하지 않은 경우에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자등의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약에 관한 계약전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.

다.

- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약할 때에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우 또는 다음의 어느 하나가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제1호에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자에게 특약보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.
 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.
- ⑤ 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제14조 특약의 무효

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

1. 피보험자가 보험계약일부터 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정되는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제15조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일의 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(연금보험의 경우에는 연금지급개시일 전일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 2. 피보험자에게 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생한 경우(단, 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 제외)
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신될 때의 보험료율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 통지하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제17조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

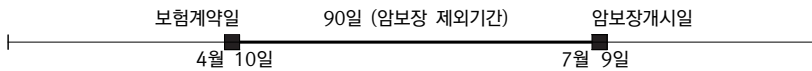
- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신될 때 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제16조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(갱신될 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ④ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 규정에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암(기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)” 보장에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

보장개시일 예시



다만, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암의 경우 보장개시일은 보험계약일과 동일합니다.

제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 계약자의 임의해지

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 해지환급금

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산

암특약 무배당/갱신형 약관

출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따른 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효 기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 - 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간
: 1년이내의 기간은 표준이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 - 2. 청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제23조 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

제7관 기타사항

제24조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

별표1

보험금지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	지급사유	지급금액
진단자금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시 일 이후에 암으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000 만원 (단, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급. 그러나, 유 방암의 경우 최초계약의 계약일부 터 180일미만에 지급사유가 발생 한 경우 상기금액의 10%지급)
	특약보험기간 중 피보험자가 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 대장 점막내암으로 진단확정 되었을 때 (단, 각 각 최초 1회에 한하여 지급)	100만원 (단, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 약관 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암은 “암”의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암, 갑상선암 또는 대장점막내암으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 기타피부암, 갑상선암 또는 대장점막내암에 해당하는 보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 피보험자에게 “기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암”으로 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단자금이 지급된 “기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암”과 동일한 질병인 경우(동일 부위에 대한 재진단 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
4. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
5. 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- 1) 이 특약의 보험기간 종료일이 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 2) 피보험자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일 이전에 약관 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우

입원특약 무배당/갱신형

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

- 103 제1조 목적
- 103 제2조 용어의 정의
- 103 제3조 “입원”의 정의와 장소

제2관 보험금의 지급

- 104 제4조 보험금의 지급사유
- 104 제5조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 105 제6조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 105 제7조 보험금의 청구
- 106 제8조 보험금의 지급절차

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 106 제9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제4관 보험계약의 성립과 유지

- 106 제10조 특약의 체결 및 소멸
- 107 제11조 특약의 무효
- 107 제12조 특약내용의 변경 등
- 107 제13조 특약의 갱신
- 108 제14조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

제5관 보험료의 납입

- 108 제15조 특약의 보험료 납입 및 회사의 보장개시
- 108 제16조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 109 제17조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

- 109 제18조 계약자의 임의해지
- 109 제19조 해지환급금
- 110 제20조 보험계약대출

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 보험회사(이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 질병 또는 재해 : 질병 및 재해 분류표(별표3 “질병 및 재해 분류표” 참조)에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립액 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약의 최초계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신시점) 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제3조 “입원”의 정의와 장소

입원특약 무배당/갱신형 약관

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 타택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제4조 보험금의 지급사유

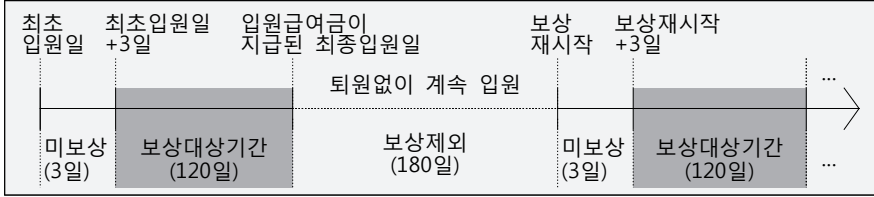
회사는 특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 입원급여금을 지급합니다. (별표 1 “보험금지급 기준표” 참조) (단, 3일초과 1일당, 1회 입원당 120일 한도)

제5조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신될 때 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간중 발생한 재해에 한합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 이 약관 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 이 약관 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자에 대한 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ⑦ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제6항의 규정을 적용합니다.
- ⑧ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우, 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원급여금을 지급합니다.
- ⑨ 제7항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 따른 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여

입원특약 무배당/생신행 약관

금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑩ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑪ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 입원기간 중 특약보험기간이 종료된 경우에도 그 계속 중인 입원에 대해서는 제6항 또는 제10항의 규정을 적용하여 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑫ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 경우에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑬ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 경우 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 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 경우 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당보험금을 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

제7조 보험금의 청구

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(입·퇴원확인서 또는 필요시 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국

입원특약 무배당/갱신형 약관

외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 규정에 따른 지급기일내에 보험금을 지급하지 않은 경우에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자등의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약에 관한 계약전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약할 때에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제10조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

- ② 다음의 어느 하나가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 피보험자에게 특약보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제11조 특약의 무효

- ① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- ② 제1항에서 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일의 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(연금보험의 경우에는 연금지급개시일 전일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회

입원특약 무배당/갱신형 약관

의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신될 때의 보험료율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 통지하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제14조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신될 때 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(갱신될 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제15조 특약의 보험료 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ④ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제16조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 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 정

입원특약 무배당/갱신형 약관

하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의의 를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 계약자의 임의해지

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 해지환급금

입원특약 무배당/갱신형 약관

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 “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.
- ③ 제1항에 따른 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효 기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 - 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간
: 1년이내의 기간은 표준이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 - 2. 청구일 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

제7관 기타사항

제21조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

입원특약 무배당/갱신형 약관

별표1

보험금지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	지급사유	지급금액
입원 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때(단, 1회 입원당 120일 한도)	3일초과 1일당 1만원

실손의료비특약 무배당/갱신형

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

	제1관 일반사항 및 용어의 정의
114	제1조 담보종목
114	제2조 용어정의
	제2관 회사가 보상하는 사항
114	제3조 담보종목별 보장내용
	제3관 회사가 보상하지 않는 사항
123	제4조 보상하지 않는 사항
	제4관 보험금의 지급
129	제5조 보험금의 청구
129	제6조 보험금의 지급절차
	제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
130	제7조 계약 전 알릴 의무
130	제8조 상해보험계약 후 알릴 의무
131	제9조 알릴 의무 위반의 효과
	제6관 보험계약의 성립과 유지
132	제10조 특약의 체결 및 소멸
133	제11조 특약의 보장개시일
133	제12조 약관교부 및 설명의무 등
134	제13조 피보험자의 범위 및 자격의 득실
134	제14조 특약내용의 변경
134	제15조 특약의 무효
134	제16조 특약의 갱신 및 보험기간 등
135	제17조 특약의 재가입

제7관 보험료의 납입

- 136 제18조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 136 제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 136 제20조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

제8관 계약의 해지 및 해지환급금 등

- 137 제21조 계약자의 임의해지
- 137 제22조 보험계약대출
- 137 제23조 보험계약대출

제9관 다수보험의 처리 등

- 137 제24조 다수보험의 처리
- 138 제25조 연대책임

제10관 기타사항

- 138 제26조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- 139 (별표1) 용어의 정의

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

실손 의료보험은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 담보종목

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 질병입원형, 질병통원형, 상해입원형, 상해통원형의 총 4개 이내의 담보종목으로 구성되어 있습니다.

담보종목	보상하는 내용
질병입원형	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
질병통원형	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
상해입원형	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
상해통원형	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 제1항에도 불구하고 회사는 계약체결시 담보종목을 조합하여 종합형, 질병형, 상해형으로 구분하여 판매합니다.

구분	담보종목 구성
종합형	질병입원형, 질병통원형, 상해입원형, 상해통원형
질병형	질병입원형, 질병통원형
상해형	상해입원형, 상해통원형

제2조 용어정의

이 특약에서 사용하는 용어의 정의는 (별표1) “용어의 정의” 와 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조 담보종목별 보장내용

회사가 이 특약의 특약보험기간 중 피보험자에게 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

(1) 질병입원형

- ① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

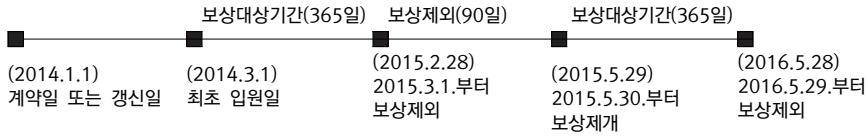
구분	보상금액
표준형	입원실료 입원제비용 입원수술비
	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 ^{주)} (입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)’ 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액, 이하 “보상대상의료비”) 중 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액
	입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
선택형	입원실료 입원제비용 입원수술비
	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 ^{주)} (입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)’ 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액, 이하 “보상대상의료비”) 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액
	입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여 대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

- ② 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여 의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보상합니다. 다만, 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)을 최고한도로 합니다.
- ④ 회사는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지났거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우는 새로운 질병으로 보아 다시 보상합니다.

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

보상기간 예시



- ⑤ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 질병로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.
- ⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약보상기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 특약보상기간 만료일로부터 180일까지(특약보상기간 만료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 동일 회사 특약의 자동갱신 또는 제17조(특약의 재가입)에 따른 재가입의 경우 종전특약의 특약보상기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.
- ⑦ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 하나의 질병으로 간주합니다.
- ⑨ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
- ⑩ 제9항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 이 약관 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항, 제9항 및 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

(2) 질병통원형

- ① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

구분	보상한도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 ^{주)} ’ 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방 조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 ^{주)} ’ 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

표1 항목별 공제금액

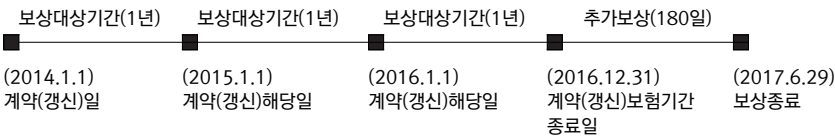
구분	항목	공제금액
표준형 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조(보건소의 설치)에 의한 보건소, 지역보건법 제8조(보건의료원)에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조(보건지소의 설치)에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조(보건진료소의 설치운영)에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	국민건강보험법 제42조(요양기관) 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조(의료기관)의 4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
처방 조제비	국민건강보험법 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

구분	항목	공제금액
선 택 형 외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조(보건소의 설치)에 의한 보건소, 지역보건법 제8조(보건의료원)에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조(보건지소의 설치)에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제15조(보건진료소의 설치·운영)에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제42조(요양기관) 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조(의료기관)의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

- ② 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보상합니다. 다만, 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 특약보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 특약보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.
- 다만, 동일회사 특약의 자동갱신 또는 제17조(특약의 재가입)에 따른 재가입의 경우 종전특약의 특약보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.

보상기간 예시



- ⑤ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

- ⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑦ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단 순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항, 제7항 및 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

(3) 상해입원형

- ① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

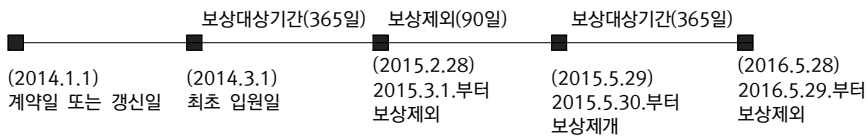
구분	보상금액
표준형	입원실료 입원제비용 입원수술비 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여^{주)}(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)' 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
선택형	입원실료 입원제비용 입원수술비 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여^{주)}(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)' 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 상해에 포함되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보상합니다.
- 다만, 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 합니다.
- ④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 하나의 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지났거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우는 다시 보상합니다.

보상기간 예시



- ⑤ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 상해로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.
- ⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 특약보험기간 만료일로부터 180일까지(특약보험기간 만료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.
- 다만, 동일회사 특약의 자동갱신 또는 제17조(특약의 재가입)에 따른 재가입의 경우 종전특약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.
- ⑦ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

(4) 상해통원형

- ① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원 의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

구분	보상한도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 ^{주)} ’ 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방 조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 ^{주)} ’ 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

표1 항목별 공제금액

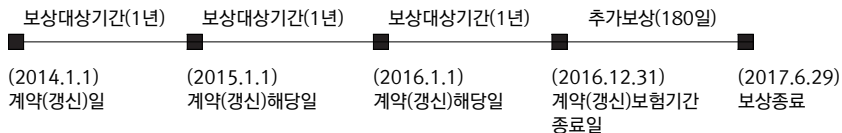
구분	항목	공제금액
표준형 외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조(보건소의 설치)에 의한 보건소, 지역보건법 제8조(보건의료원)에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조(보건지소의 설치)에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조(보건진료소의 설치·운영)에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	국민건강보험법 제42조(요양기관) 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조(의료기관)의 4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
처방 조제비	국민건강보험법 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

구분	항목	공제금액
선 택 형 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조(보건소의 설치)에 의한 보건소, 지역보건법 제8조(보건의료원)에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조(보건지소의 설치)에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제15조(보건진료소의 설치·운영)에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제42조(요양기관) 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조(의료기관)의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 삼상적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 상해에 포함되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보상합니다. 다만, 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비는 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 특약보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.
- 다만, 동일회사 특약의 자동갱신 또는 제17조(특약의 재가입)에 따른 재가입의 경우 종전특약의 특약보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.

보상기간 예시



- ⑤ 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제4항을 적용합니다.
이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

- ⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 보상하지 않는 사항

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

(1) 질병입원형

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(담보종목별 보장내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 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. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ② 회사는 제6차 한국표준질병·사인분류(KCD: 통계청 고시 제2010-0246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62)

- ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

실손의료비특약 무배당/생신행 약관

3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(옹비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

(2) 질병통원형

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(담보종목별 보장내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는

해당 보상금액을 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. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류(KCD: 통계청 고시 제2010-0246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)

3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00 ~ O99)

4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)

5. 비만(E66)

6. 비뇨기계 장애(N39, R32)

7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62)

③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치+료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

- 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용, 간병비
 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
 12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

(3) 상해입원형

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(담보종목별 보장내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 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), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 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 시

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상합니다)

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
 10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

(4) 상해통원형

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(담보종목별 보장내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 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, 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는

제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.

10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제4관 보험금의 지급

제5조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서((진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 입원치료확인서, 진료비세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함)) 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 보험금의 지급절차

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급 제도

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(담보종목별 보장내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제7조 계약 전 알릴 의무

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

제8조 상해보험계약 후 알릴의무

- ① 계약자 또는 피보험자는 특약보험기간 중 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에

보험료의 증액을 청구하거나 특약을 해지할 수 있습니다.

- ③ 계약자 또는 피보험자는 특약보험기간 중 피보험자가 의료급여법에서 정한 수급권자(이하 "수급권자"라 합니다) 자격이 변경(의료급여법에서 정한 "의료급여의 중지" 또는 "소멸시효의 완성" 등으로 수급권자의 자격을 상실한 경우 또는 국민건강보험 가입자(피부양자 포함)가 수급권자의 자격을 취득한 경우를 포함합니다)된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ④ 회사는 제3항에 따라 수급권자의 자격을 취득하게 된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 피보험자가 수급권자의 자격을 상실하게 된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구할 수 있습니다.
- ⑤ 제1항 또는 제3항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업, 직무의 변경 또는 수급권자의 자격이 상실되기 전에 적용된 보험료율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 직업, 직무의 변경 또는 수급권자의 자격이 상실된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 삭감하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업, 직무의 변경 또는 수급권자의 자격이 상실된 사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제5항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제9조 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제7조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제8조(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 특약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약 체결일로부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.

다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.

- ③ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 ‘반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한, 제1항 제2호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제8조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제5항 또는 제6항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명하는 경우에는 제4항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. (부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제6관 보험계약의 성립과 유지

제10조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 - 2. 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제2호에도 불구하고 자녀형의 경우 주계약의 피보험자가 보험기간 중 사망하여 주계약이 효력을 상실하게 된 경우에도 이 특약은 계속하여 효력을 가집니다.
- ④ 피보험자에게 특약보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.
 - 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.
- ⑤ 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제16조(특약의 갱신 및 보험기간 등)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제11조 특약의 보장개시일

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 갱신계약의 경우 이 특약의 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)의 보장기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제12조 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, 통신판매 계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

통신판매 계약

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

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

지급합니다.

- ⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 자가 다른 실손의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제13조 피보험자의 범위 및 자격의 득실

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 따라 다음에 정한 피보험자로 합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약 피보험자로 합니다.
 - 2. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1명으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 특약내용의 변경

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 단, 이 특약은 보험가입금액, 보험기간 및 납입기간의 변경이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우에도 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 특약의 무효

- ① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- ② 제1항에서 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제16조 특약의 갱신 및 보험기간 등

- ① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 이 특약의 약관상 보장내용이 바뀌는 주기(이하 “보장내용 변경주기”라 합니다)는 15년이며, 보장내용 변경주기 만료일은 계약일 이후 15년이 지난 계약해당일의 전일로 합니다. 다만, 보장내용 변경주기 만료일이 주계약의 보험기간 종료일(연금보험의 경우에는 연금지급개

시일 전일) 이후인 경우에는 주계약의 보험기간 종료일로 합니다.

- ③ 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ④ 최종 갱신특약의 특약보험기간 종료일은 제2항에서 정한 보장내용 변경주기 만료일로 합니다. 다만, 보장내용 변경주기 만료일이 피보험자의 80세(자녀형의 경우 30세) 계약해당일 이후인 경우에는 80세(자녀형의 경우 30세) 계약해당일의 전일로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ⑥ 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료율(피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료율을 말함)을 적용하고, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 제6항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제17조 특약의 재가입

- ① 이 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음날로 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존 특약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
 - 1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초로 계약을 체결할 때 정한 나이의 범위 내일 것
 - 2. 재가입 전 특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 특약의 자동갱신종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있습니다. 다만, 재가입 계약이 직전계약보다 보장내용 및 범위 등이 확대된 경우 확대된 내용에 대해 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있으며, 승낙거절시에도 계약자는 재가입 직전특약과 동일한 가입조건의 특약으로 재가입이 가능합니다.
- ③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 재가입 의사가 없는 것으로 보지 않습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 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 전

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제7관 보험료의 납입

제18조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 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, 계약이 해지되기 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
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게서면, 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제20조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복) 청약을 승

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제8관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 계약자의 임의해지

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.

제22조 해지환급금

이 약관에 의해 특약이 효력상실 또는 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 없습니다.

제23조 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제24조 다수보험의 처리

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- ③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

습니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제비)를 각각 구분하여 계산합니다.

비례분담액 계산 예시				
각 계약별 비례분담액	=	각 계약의 보상대상의료비 중 최고액	×	$\frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제25조 연대책임

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 기타사항

제26조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

별표1

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
회사	보험회사
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상이 되는 사람
주계약 피보험자	주계약의 피보험자를 말하며, 주계약이 2인(3인, 多人) 보장보험일 때에는 주계약의 주된 피보험자를 말함
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
최초계약	주계약 체결시 최초로 부가한 계약
갱신계약	특약의 보험기간 만료 후 제16조(특약의 갱신 및 보험기간 등)에 따라 갱신된 계약
보장내용 변경주기	약관상 보장내용이 바뀌는 주기(15년)
갱신 전 계약	갱신계약의 경우 특약이 갱신되기 직전 계약
갱신일	갱신 전 계약의 특약보험기간 만료일의 다음 날
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
병원	국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함

실손의료비특약 무배당/갱신형 약관

용어	정의
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약품업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제41조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법 시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여 기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액
보상책임액	보상대상의료비 × 회사부담비율

어린이특약 무배당

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

- 143 제1조 목적
- 143 제2조 용어의 정의
- 144 제3조 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정
- 144 제4조 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정
- 144 제5조 “제자리암”의 정의 및 진단확정
- 145 제6조 “경계성종양”의 정의 및 진단확정
- 145 제7조 “조혈모세포이식수술”의 정의
- 145 제8조 “5대장기이식수술”의 정의
- 146 제9조 “양성뇌종양”의 정의 및 진단확정
- 146 제10조 “치명적 수술”의 정의
- 146 제11조 “재해골절(치아파절제외)”의 정의
- 146 제12조 “입원” 및 “수술”의 정의와 장소

제2관 보험금의 지급

- 147 제13조 보험금의 지급사유
- 148 제14조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 151 제15조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 151 제16조 보험금의 청구
- 151 제17조 보험금의 지급절차
- 152 제18조 보험금 받는 방법의 변경

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 153 제19조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제4관 보험계약의 성립과 유지

- 153 제20조 특약의 체결 및 소멸
- 154 제21조 피보험자의 범위 및 자격의 득실
- 154 제22조 특약내용의 변경 등

154 제23조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

제5관 보험료의 납입

155 제24조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

155 제25조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

156 제26조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 특별부활(효력회복)

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

156 제27조 계약자의 임의해지

156 제28조 해지환급금

157 제29조 보험계약대출

제7관 기타사항

157 제30조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

158 (별표1) 보험금지급기준표

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 보험회사(이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제13조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 바. 주계약 : 이 특약의 주된 보험계약을 말합니다.
- 사. 주계약 피보험자 : 주계약의 피보험자를 말하며, 주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주된 피보험자를 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 질병 또는 재해 : 질병 및 재해분류표(별표3 “질병 및 재해분류표” 참조)에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
- 다. 장해 : 장해분류표(별표14 “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표” 라 합니다)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 라. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립액 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일

어린이특약 무배당 약관

에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제3조 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “암(癌)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표9 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항

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

제4조 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “고액치료비암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 백혈병, 뇌암, 뼈 및 관절 연골암 등 고액치료비 관련암 분류표(별표10 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 또한 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에서 “고액치료비암”을 제외한 암을 “고액치료비암 이외의 암”이라 합니다.
- ② “고액치료비암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 “제자리암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표11 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② “제자리암”의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 “경계성종양”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표8 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조 “조혈모세포이식수술”의 정의

이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술(hematopoietic stem cell transplantation)”이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

- 가. “동종(allogeneic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
- 나. “동종(allogeneic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
- 다. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
- 라. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
- 마. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

제8조 “5대장기이식수술”의 정의

이 특약에 있어서 “5대장기이식수술”이라 함은 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한

어린이특약 무배당 약관

국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전 상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 그러나, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장하지 않습니다.

제9조 “양성뇌종양”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 양성뇌종양 분류표(별표 12 참조)에서 정한 질병을 말합니다. (단, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장대상에서 제외)
- ② “양성뇌종양”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 양성뇌종양으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제10조 “치명적 수술”의 정의

이 특약에 있어서 “치명적 수술”이라 함은 보험기간 중 재해를 원인으로 다음에서 정한 개두(開頭)수술, 개흉(開胸)수술 또는 개복(開腹)수술을 말합니다.

1. 개두(開頭)수술 : “개두수술”이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술
2. 개흉(開胸)수술 : “개흉수술”이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말함. 또한 개흉술에 준하는 것으로서 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 함.
3. 개복(開腹)수술 : “개복수술”이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내의 조작을 가할 때에 행하는 것을 말함. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적 조작에 의한 것은 해당하지 않음.

제11조 “재해골절(치아파절제외)”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “재해골절”이라 함은 재해를 직접적인 원인으로 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태에서 재해골절(치아파절 제외) 분류표(별표13 참조)에서 정한 골절을 말합니다.
- ② “재해골절”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제12조 “입원” 및 “수술”의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서

어린이특약 무배당 약관

의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 '병원'이라 합니다)에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사가 피보험자의 보장대상 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외됩니다.

제2관 보험금의 지급

제13조 보험금의 지급사유

회사는 특약보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1 “보험금지급기준표” 참조)

1. 특약보험기간 중 피보험자가 고액치료비암, 고액치료비암 이외의 암, 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암 또는 제자리암으로 진단확정 되었을 때 : 암진단금 지급 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지급하며 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우에는 해당 지급금액의 50%지급)
2. 특약보험기간 중 피보험자가 조혈모세포수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받았을 때 : 중대한 수술치료비 지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급하며 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우에는 해당 지급금액의 50%지급)
3. 특약보험기간 중 피보험자가 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때 : 중대한수술치료비 지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급하며 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우에는 해당 지급금액의 50%지급)
4. 특약보험기간 중 피보험자가 양성뇌종양으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 : 중대한수술치료비 지급 (수술 1회당, 단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우에는 해당 지급금액의 50%지급)
5. 특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 치명적 수술(개두수술, 개흉수술 또는 개복수술)을 받았을 때 : 중대한수술치료비 지급 (수술 1회당)
6. 특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해치료비 지급
7. 특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 “재해골절(치아파절제외)”로 진단확정 되었을 때 : 재해골절치료비 지급 (진단1회당)

어린이특약 무배당 약관

8. 특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원치료비 지급 (단, 3일초과 1일당, 1회 입원당 120일 한도)

제14조 보험금 지급에 관한 세부규정

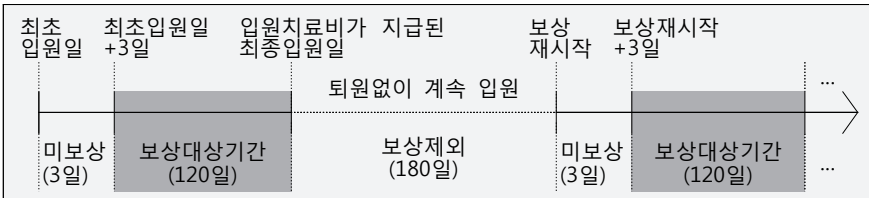
- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 1. 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
 2. 자녀형의 경우 주계약의 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 자녀형의 경우 주계약에서 피보험자의 장애상태의 정도에 따라 보험료의 납입을 면제하여 주는 경우(질병의 진단, 수술 및 장기요양상태 등으로 인한 보험료 납입면제는 제외함), 그와 동일한 상태(주계약에서 정한 장애지급률 판단 기준에 따름)가 이 특약의 피보험자에게 발생하였을 때
 4. 이 특약의 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상 장애상태가 되었을 경우
- ② 제1항 또는 제13조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 특약보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 특약보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제13조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항의 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 특약보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안” 이라 함은 이 약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑧ 제13조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 특약보험기간 중 피보험자가 “고액치료비암 이외의 암”으로 진단확정 받고 그 후에 “고액치료비암”으로 진단확정을 받았을 때, “고액치료비암”에 해당하는 암진단금에서 해당시점(“고액치료비암” 진단확정시점)의 “고액치료비암 이외의 암”에 해당하는 암진단금(기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 인한 암진단금은 제외)을 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나 “고액치료비암”으로 진단확정 받고 그 후에 “고액치료비암 이외의 암”으로 진단확정을 받았을 때 “고액치료비암 이외의 암”으로 인한 암진단

금을 추가로 지급하지 않습니다.

추가 진단시 보험금 지급액에 관한 예시

- 1) “고액치료비암 이외의 암” 진단자금 수령 후, “고액치료비암” 진단시 : 추가 진단금
- 2) “고액치료비암” 진단자금 수령 후, “고액치료비 이외의 암” 진단시 : 추가 진단금

- ㉠ 특약보험기간 중 피보험자가 사망하여, 그 후에 고액치료비암, 고액치료비암이외의 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로하여 제13조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단금을 지급합니다.
- ㉡ 제13조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 않습니다.
- ㉢ 제13조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 입원치료비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ㉣ 제13조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제11항의 규정을 적용합니다.
- ㉤ 제13조(보험금의 지급사유) 제8호에서 정한 입원치료비는 2가지 이상의 “질병 또는 재해”로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우, 하나의 “질병 또는 재해”로 인한 입원치료비를 지급합니다.
- ㉥ 제11항에도 불구하고 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원치료비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원치료비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원치료비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ㉦ 제13조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ㉧ 제13조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 종료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제11항 및 제15항의 규정을 적용하여 해당 보험금을 지급합니다.
- ㉨ 제13조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 경우에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ㉩ 제13조(보험금의 지급사유) 제6호에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해치료비를 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 장해치료비에 해당하는 장해지급률을 차감한 것을 최종장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각

신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑨ 제13조(보험금의 지급사유) 제6호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제18항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 장해치료비가 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 장해치료비에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해치료비를 빼고 지급합니다.
1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 장해치료비의 지급 사유가 되지 않았던 장애
 2. 위 제1호 이외에 이 특약의 규정에 따라 장해치료비의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 장해치료비가 지급되지 않았던 장애

보험금 지급 예시

예1) 제14조 제19항 제1호

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장애(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률30%) 지급하는 장해치료비
→ 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 뺀 10%에 해당하는 장해치료비를 지급합니다.

예2) 제14조 제19항 제2호

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)가 된 피보험자가 이후에 재해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률35%)가 된 경우 지급하는 장해치료비
→ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 뺀 20%에 해당하는 장해치료비를 지급합니다.(이 특약은 재해로 인한 장애를 보장하며 질병으로 인한 장해지급률 15%는 지급하지 않습니다)

- ⑩ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑪ 제1항, 제10항, 제20항 및 제24항에서 「동일한 재해」라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑫ 제1항 및 제13조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑬ 제1항 및 제13조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑭ 제1항 및 제13조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑮ 제24항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ㉞ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ㉟ 보험수익자와 회사가 제13조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못하거나 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 경우 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제15조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 보험료 납입면제 사유가 발생할 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우, 제13조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당보험금을 지급하고, 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제16조 보험금의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서 (회사양식)
 - 2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 해당진단서, 수술확인서, 입· 퇴원확인서 또는 필요시 진료기록부 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제16조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나

어린이특약 무배당 약관

확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

- ② 회사는 제1항의 규정에 따른 지급기일내에 보험금을 지급하지 않은 경우에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자등의 책임있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제16조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제6항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제27항에 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급 제도

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

- ④ 제3항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사 또는 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 때 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제18조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제13

어린이특약 무배당 약관

조(보험금의 지급사유) 제6호에 따른 장해치료비의 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 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제19조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약에 관한 계약전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제28조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약 할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제20조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음의 어느 하나가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 - 2. 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 - 3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 제2항 제1호 및 제2호에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약에

어린이특약 무배당 약관

서 정한 바에 따라 보장합니다.

- ④ 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

책임준비금

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

- ⑤ 피보험자에게 특약보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.
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.
- ⑥ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제16조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제17조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제21조 피보험자의 범위 및 자격의 득실

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약 피보험자로, 주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 특약을 체결할 때 주계약의 주된 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 계약자가 선택한 1인을 이 특약의 피보험자로 합니다.
 2. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.

제22조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제28조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제23조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

어린이특약 무배당 약관

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제24조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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.

제25조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의할 것을 수신헌인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확

어린이특약 무배당 약관

인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제28조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제27조 계약자의 임의해지

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제28조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조 해지환급금

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따른 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효 기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간
: 1년 이내의 기간은 표준이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%

어린이특약 무배당 약관

2. 청구일 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제29조 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

제7관 기타사항

제30조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

어린이특약 무배당 약관

별표1

보험금지급기준표

(기준: 특약보험가입금액 1,500만원)

구분	지급사유	지급금액
암진단금	특약보험기간 중 피보험자가 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	5,000만원 (단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)
	특약보험기간 중 피보험자가 고액치료비암 이외의 암으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	3,000만원 (단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)
	특약보험기간 중 피보험자가 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 때 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지급)	200만원 (단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)
	특약보험기간 중 피보험자가 기타피부암 또는 제자리암으로 진단확정 되었을 때 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지급)	200만원 (단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)
중대한수술 치료비	특약보험기간 중 피보험자가 조혈모세포수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받았을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)
	특약보험기간 중 피보험자가 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)
	특약보험기간 중 피보험자가 양성뇌종양으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 500만원 (단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%지급)
	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 치명적 수술(개두수술, 개흉수술 또는 개복수술)을 받았을 때	수술 1회당 500만원
장해치료비	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	해당 장해지급률 × 3,000만원
재해골절 치료비	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 “재해골절(치아파절 제외)” 로 진단확정 되었을 때	진단 1회당 30 만원
입원치료비	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 (단, 1회 입원당 120일 한도)	3일초과 1일당 3만원

어린이특약 무배당 약관

- * 고액치료비암 : 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암), 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암), 림프/조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)
- * 5대장기 : 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장
- * 개두수술 : 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술
- * 개흉수술 : 흉강을 여는 수술로서 흉강 내에 조작을 가할 때 행하는 것
- * 개복수술 : 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 복강내의 조작을 가할 때 행하는 것

- 주) 1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 약관 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 기타피부암 또는 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 고액치료비암 이외의 암”으로 진단확정 받고 그 후에 “고액치료비암”으로 진단확정을 받았을 때, “고액치료비암”에 해당하는 암진단금에서 해당시점(“고액치료비암” 진단확정시점)의 “고액치료비암 이외의 암”에 해당하는 암진단금(기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 인한 암진단금은 제외)을 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나 “고액치료비암”으로 진단확정 받고 그 후에 “고액치료비암 이외의 암”으로 진단확정을 받았을 때 “고액치료비암 이외의 암”으로 인한 암진단금을 추가로 지급하지 않습니다.
4. 5대장기이식수술은 타인에게 장기를 제공할 목적으로 내부장기를 적출하는 경우의 장기공여자(臟器供與者)에 대하여 행하는 장기이식수술은 제외합니다.
5. 5대장기이식수술자금은 심장, 간장, 폐장, 신장, 췌장 중 최초로 발생한 장기이식수술에 한하여 1회만 지급합니다.
6. 조혈모세포이식수술은 조혈모세포수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자(造血母細胞 供與者)로부터 조혈모세포를 채취하는 수술은 제외합니다.
7. 1년 미만이라 함은 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다.
8. 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

3대질병납입면제특약 무배당

약관

가입하신 보험상품과 관련하여 고객님의 권리와 의무사항을 정리하였습니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

- 162 제1조 목적
- 162 제2조 용어의 정의
- 162 제3조 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정
- 163 제4조 '대장점막내암'의 정의 및 진단확정
- 164 제5조 '뇌출혈'의 정의 및 진단확정
- 164 제6조 '급성심근경색증'의 정의 및 진단확정

제2관 보험금의 지급

- 165 제7조 보험료 납입면제 사유
- 165 제8조 보험료 납입면제에 관한 세부규정
- 165 제9조 보험료 납입을 면제하지 않는 사유
- 166 제10조 보험료 납입면제 사유의 발생통지
- 166 제11조 보험료 납입면제 청구
- 166 제12조 보험료 납입면제 절차

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 167 제13조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제4관 보험계약의 성립과 유지

- 167 제14조 특약의 체결 및 소멸
- 168 제15조 피보험자의 범위
- 168 제16조 특약내용의 변경 등
- 168 제17조 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간

제5관 보험료의 납입

168 제18조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

168 제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

169 제20조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

169 제21조 계약자의 임의해지

169 제22조 해지환급금

제7관 기타사항

170 제23조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

3대질병납입면제특약 무배당 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자' 라 합니다)와 보험회사(이하 '회사' 라 합니다) 사이에 제7조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립액 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다. 표준이율은 회사 인터넷 홈페이지(상품공시실)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 암보장개시일: 제3조('암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 보장에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

제3조 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '암(癌)' 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만,

3대질병납입면제특약 무배당 약관

분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)), 제4조 (‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에 있어서 ‘기타피부암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44 (기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 ‘갑상선암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73 (갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항

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

제4조 ‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 ‘대장점막내암’이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막 고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.
- ② ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3대질병납입면제특약 무배당 약관

대장점막내암 예시

점막 (mucosa)	상피세포 (epithelium)	제자리암 (intraepithelial carcinoma)
	기저막 (basement membrane)	
	고유판 (lamina propria)	점막내암
	점막근판 (muscularis mucosa)	(intramucosal carcinoma)
점막하조직 (submucosa)		점막하침윤암 (submucosal carcinoma)
고유근육 (muscularis propria)		
장막 (serosa)		

제5조 '뇌출혈'의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '뇌출혈' 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 뇌출혈 분류표(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자 방출 단층촬영(PET), 단일광자 방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제6조 '급성심근경색증'의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증' 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 급성심근경색증 분류표(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도 검사, 심장초음파 검사, 핵의학검사, 양전자 방출 단층촬영(PET), 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

3대질병납입면제특약 무배당 약관

제7조 보험료 납입면제 사유

회사는 특약보험기간 중 피보험자가 뇌출혈*, ‘급성심근경색증’ 또는 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’ 으로 진단확정 되고, 보험료 납입 해당일에 살아 있을 때에는 차회 이후의 「주계약의 기본보험료 및 이 특약의 보험료」 납입을 면제합니다.

제8조 보험료 납입면제에 관한 세부규정

- ① 계약자는 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’ 이 발생된 경우에는 그 발생일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 계약일(부활(효력회복)일)부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’ 으로 진단확정 되었으나 제2항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일(부활(효력회복)일)부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 진단확정된 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’ 과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’ 으로 제1항의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’ 으로 진단확정 되더라도 ‘암보장개시일’ 이후 5년이 지나는 동안 그 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’ 으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, ‘암보장개시일’ 부터 5년이 지난 이후에는 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제합니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제7조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유 중 해당 질병으로 인한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안” 이라 함은 이 약관 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 이 약관 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 계약자와 회사가 제7조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 경우 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 보험료 납입을 면제하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

3대질병납입면제특약 무배당 약관

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조 보험료 납입면제 사유의 발생통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험료 납입면제 사유)에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 보험료 납입면제 청구

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (진단서(병명포함) 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 계약자가 보험료 납입면제의 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 보험료 납입면제 절차

① 회사는 제11조(보험료 납입면제 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 이 경우 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 따라 지급기일 내에 보험료 납입을 면제하지 못하고 보험료를 받은 후 보험료 납입을 면제한 경우에는 그 보험료 납입일의 다음날부터 보험료 반환일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 회사가 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 납입면제기일 이내에 보험료 납입면제를 하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 납입면제예정일에 대하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험료 납입면제 청구)에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험료 납입면제 사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3대질병납입면제특약 무배당 약관

- ④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험료 납입면제 사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 때 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약에 관한 계약전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 계약을 체결할 때에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음의 어느 하나가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 - 3. 이 특약에서 정하지 않는 사유로 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우
- ③ 제2항 제3호가 발생한 경우에는 이 특약의 책임준비금을 지급합니다.
- ④ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험료 납입면제 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제12조(보험료 납입면제 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

3대질병납입면제특약 무배당 약관

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 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 보험료 납입면제 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의할 것을 수신했음을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 계약자의 임의해지

계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 특약에서 정하는 제7조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제가 발생한 이후에는 주계약을 해지하는 경우에 한하여 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 해지환급금

3대질병납입면제특약 무배당 약관

- ① 이 약관에 따라 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항의 규정에 따른 지급기일내에 해지환급금을 지급하지 않을 경우에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ④ 제1항에 따른 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 - 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간
: 1년 이내의 기간은 표준이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 - 2. 청구일 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

연금전환특약 무배당 약관

이 특약은 연금으로 전환시에만 적용하는 약관입니다.

단, 이 특약으로 전환하는 경우에는
전환시의 기초서류(사업방법서, 약관, 보험료 및 책임준비금 산출방법서) 및
전환일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산된 보험요율을 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

- 173 제1조 목적
- 173 제2조 용어의 정의

제2관 보험금의 지급

- 173 제3조 보험금의 지급사유
- 173 제4조 보험금의 청구
- 174 제5조 보험금의 지급절차

제3관 보험계약의 성립과 유지

- 174 제6조 특약의 체결 및 소멸
- 174 제7조 피보험자의 범위
- 174 제8조 특약의 보험기간

제4관 보험료의 납입

- 174 제9조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등

- 175 제10조 계약의 임의해지
- 175 제11조 공시이율의 적용 및 공시
- 175 제12조 해지환급금
- 176 제13조 배당금의 지급

	제6관 분쟁의 조정 등
176	제14조 소멸시효
	제7관 기타사항 등
176	제15조 전환 전 계약 약관의 준용
177	(별표1-1) 보험금지급기준표
179	(별표1-2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

연금전환특약 무배당 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 주된 보험계약(이하 “주된 보험계약”은 “전환 전 계약”이라 한다)의 보험기간 중 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약이 정하는 바에 따라 보험수익자에게 연금으로 전환하여 “보험금지급기준표”(별표 1-1 참조)에 따라 연금을 지급합니다.

제4조 보험금의 청구

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
3. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

연금전환특약 무배당 약관

제5조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표1-2 참조) 과 같습니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제6조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 전환 전 계약의 보험기간 중 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.
- ② 회사는 전환 전 계약의 만기보험금, 해지환급금, 기타 급여금 등(이하 “지급금” 이라 합니다)의 지급사유가 발생할 때 지급금의 전부 또는 일부를 보험수익자의 신청에 따라 보험수익자에게 연금으로 전환하여 드립니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 연금의 지급이 완료되었거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 피보험자의 범위

- ① 이 특약의 피보험자는 전환 전 계약의 피보험자 또는 보험수익자로 합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약이 2인(3인, 多人)보장보험계약인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1명을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제8조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 연금지급개시일부터 90세생존연금형은 90세계약해당일까지(90세계약해당일 포함), 확정연금형은 최종연금의 지급일까지, 상속연금형 및 종신연금형은 종신까지입니다.

제4관 보험료의 납입

제9조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 전환 전 계약의 지급금의 전부 또는 일부를 일시에 납입하는 것으로 합니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 계약자가 선택한 연금지급개시일로 합니다. 이 경우 특약의 보장개시일부터 전환 전 계약(부가된 특약을 포함할 수 있습니다)은 더 이상 효력이 없습니다.

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제10조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며(다만, 90세생존연금형 및 종신연금형의 경우 선택연금이 지급개시된 이후에는 해지할 수 없습니다), 이 경우 회사는 제12조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 선택연금이 지급개시된 이후에 계약을 해지하는 경우에는 보험수익자의 동의를 얻어야 합니다.

제11조 공시이율의 적용 및 공시

- ① 이 보험의 적립액을 계산할 때 적용하는 이율은 『공시이율』로 합니다.

공시이율

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

- ② 공시이율의 최저보증이율은 이 특약의 가입후 5년 이내에는 연복리 2.75%, 5년 초과 10년 이내에는 연복리 2.0%, 10년을 초과하는 경우에는 연복리 1.5%를 적용합니다.

최저보증이율

운용자산이익률 및 지표금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립액이 공시이율에 따라 적립되며 10년 초과시 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율은 10년 초과 1.5%), 적립액은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(1.5%)로 적립됩니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부 지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.
- ④ 회사는 계약자에게 년 1회 이상 공시이율의 변경내역을 통지하며, 회사의 인터넷 홈페이지(상품공시실)에 매월 공시합니다.

제12조 해지환급금

- ① 이 약관에 따라 해지환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 해지환급금을 계산할 때 적용되는 공시이율은 제11조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 하며, 이 보험의 공시이율이 변경될 경우에는 변경된 날부터 변경된 공시이율을 적용합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표1-2 참조)에 따릅니다.

연금전환특약 무배당 약관

제13조 배당금의 지급

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제6관 분쟁의 조정 등

제14조 소멸시효

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제7관 기타사항 등

제15조 전환 전 계약 약관의 준용

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환 전 계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 전환 전 계약의 약관 중 계약내용의 변경 등에 관한 사항은 적용하지 않습니다.

연금전환특약 무배당 약관

별표1-1

보험금지급기준표

구분	지급사유	지급금액
선택연금 90세생존 연금형	연금개시일 이후 보험기간 중 피보험자가 매년 보험계 약 해당일에 살아있을 때	연금지급개시시점의 적립액을 기준으로 계 약자가 선택한 보증지급기간을 반영하여 계 산된 연금액 - 보증지급기간 : 10년, 20년, 30년
확정 연금형	연금개시일 이후 보험기간 중 매년 보험계약 해당일	연금지급개시시점의 적립액을 기준으로 계 약자가 선택한 확정지급기간에 따라 계산된 연금액 - 확정지급기간 : 10년, 20년, 30년, 40년, 50년
상속 연금형	연금개시일 이후 보험기간 중 피보험자가 매년 보험계 약 해당일에 살아있을 때	연금지급개시시점의 적립액을 기준으로 계 산한 연금액 (단, 사망시에는 사망시점의 적립액을 지급)
종신 연금형	연금개시일 이후 보험기간 중 피보험자가 매년 보험계 약 해당일에 살아있을 때	연금지급개시시점의 적립액을 기준으로 계 약자가 선택한 보증지급기간을 반영하여 계 산된 연금액 - 보증지급기간 : 10년, 20년, 30년, 100세

- 주) 1. 보험기간이라 함은 90세생존연금형은 연금지급개시일부터 90세계약해당일까지(90세계
약해당일 포함), 확정연금형은 연금지급개시일부터 최종연금의 지급일까지, 상속연금형 및
종신연금형은 연금지급개시일부터 종신까지를 말합니다.
2. 『적립액』 (책임준비금)은 전환신청일 전환한 보험료를 공시이율로 일자계산에 의하여 부
리 적립한 금액으로 합니다.
3. 연금액은 공시이율을 적용하여 계산되기 때문에 공시이율이 변경되면 연금액도 변경됩니
다.
4. 연금개시일 이후의 공시이율이 연금지급개시시점의 공시이율과 계속 동일한 경우의 해당년
도 연금액은 직전년도 연금액과 동일하나, 연금개시일 이후의 공시이율이 변경될 경우에는
직전년도 연금액과 차이가 있을 수 있습니다.
5. 이 보험의 최저보증이율은 이 특약의 가입후 5년 이내에는 연복리 2.75%, 5년 초과 10년
이내에는 연복리 2.0%, 10년을 초과하는 경우에는 연복리 1.5%를 적용합니다.

6. 연금액을 매월, 3개월, 6개월로 분할하여 지급할 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 공시이율로 월, 3개월, 6개월 이율로 적립한 금액을 지급합니다.
7. 확정연금형의 경우 선택연금 지급개시 후 확정지급기간에 피보험자가 사망할 때에는 확정지급기간 내의 미지급된 연금액을 연금지급일에 지급합니다.
8. 90세생존연금형 및 종신연금형의 경우 선택연금 지급개시 후 보증지급기간에 피보험자가 사망할 때에는 보증지급기간 내의 미지급된 연금액을 연금지급일에 지급합니다.
9. 위의 제7호의 확정지급기간 및 제8호의 보증지급기간 내에 지급되는 연금액은 회사의 승낙을 얻어 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 공시이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

별표1-2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제5조 제2항 및 제12조 제2항 관련)

구분	적립기간	적립이자
선택연금 (제3조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(단, 이 특약 이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이내 공시이율
	보험기간 만기일(단, 이 특약 이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후	- 1년이내 : 공시이율의 50% (단, 최저 1%) - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제12조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 공시이율의 50% (단, 최저 1%) - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 선택연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 소멸시효(제14조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

건강우량체할인특약 무배당 약관

제1관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 181 제1조 계약 전 알릴 의무
- 181 제2조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제2관 보험계약의 성립과 유지

- 181 제3조 특약의 체결 및 소멸
- 181 제4조 특약의 보장개시일
- 182 제5조 피보험자의 가입자격
- 182 제6조 특약의 감액
- 182 제7조 흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경이 있을 때의 처리

제3관 해지환급금 등

- 183 제8조 해지환급금
- 183 제9조 배당금의 지급

제4관 기타사항

- 183 제10조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제1관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제1조 계약 전 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자는 청약할 때(건강진단을 받는 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) '비흡연 고지서'에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 계약을 체결할 때에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제2조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다) 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1조(계약 전 알릴 의무)의 질문사항을 알리지 않았거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 않고 이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 '표준체 보험료'라 합니다)보다 적은 이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 '건강우량체 보험료'라 합니다)를 납입한 경우에는 보험회사(이하 '회사'라 합니다)는 보험금 지급사유 발생과 관계없이 '건강우량체 보험료'의 '표준체 보험료'에 대한 비율에 따른 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지합니다.
- ② 제1항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 흡연검사를 받고 비흡연자로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제2관 보험계약의 성립과 유지

제3조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있습니다, 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 주계약의 보험기간 중 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 적용을 받는 피보험자는 이 특약이 부가되는 주계약 또는 특약에서 정한 사망보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 회사의 승낙을 얻은 자로 합니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

제4조 특약의 보장개시일

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 청약한 이후의 해당 보험료부터 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 바에 따라 건강우량체 보험료율이 적용됨으로서 보장이 개시됩니다.

제5조 피보험자의 가입자격

이 특약의 피보험자는 제1항에서 정한 건강상태와 제2항에서 정한 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다.

- ① 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.
 1. 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여 '흡연(吸煙)'이라 합니다)하지 않은 자
 2. 수축기혈압이 139mmHg이하이고 이완기혈압이 89mmHg이하인 자
 3. BMI(Body Mass Index)수치(체중(kg) / {신장(m)}²)가 20 이상이고 27.9 이내인 자
- ② 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.
 1. 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 자 ('특별조건부특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에는 '특별조건부특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우를 포함)
 2. 주계약 가입시점에 보험나이가 20세 이상인 자

제6조 특약의 감액

- ① 계약자가 회사에서 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분을 일부 해지로 보며, 이 경우 감액분에 대하여는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며 감액일 이후 납입해당분부터 '표준체 보험료'로 변경됩니다.

제7조 흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경이 있을 때의 처리

- ① 보험기간 중 피보험자가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 제1항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이하 '정산차액'이라 합니다)을 계약자가 추가 납입하도록 하며, 계약자는 건강우량체의 보험료와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)으로 산출된 표준체보험료를 향후 납입보험료로 적용하고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료납입이 완료된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.
- ③ 계약자가 제2항에서 정한 정산차액 및 표준체보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 '건강우량체 보험료'의 '표준체 보험료'에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 통지의무를 30일 이상 지체하였을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제2항 및 제3항에 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 주계약의 보험기간 중 피보험자가 제5조(피보험자의 가입자격)에 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자의 청약이 있을 때에는 회사는 제4조(특약의 보장개시일)에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당보험료부터 '건강우량체 보험료'를 납입하며, 보험료 변동시점의 책임준비금을 정산한 잔여액이 있을 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

건강우량체할인특약 무배당 약관

제3관 해지환급금 등

제8조 해지환급금

제6조(특약의 감액) 제1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해지환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인된 주계약에 해당되는 책임준비금을 기준으로 계산합니다.

제9조 배당금의 지급

이 특약은 무배당 특약으로 계약자 배당금이 없습니다.

제4관 기타사항

제10조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

선지급서비스특약 약관

	제1관 목적 및 용어의 정의
186	제1조 목적
186	제2조 용어의 정의
	제2관 보험금의 지급
186	제3조 보험금의 지급사유
186	제4조 보험금 지급에 관한 세부규정
187	제5조 보험금을 지급하지 않는 사유
187	제6조 보험금의 지정대리청구인
187	제7조 지정대리청구인의 변경지정
188	제8조 보험금의 청구
188	제9조 보험금의 지급절차
	제3관 보험계약의 성립과 유지
188	제10조 특약의 체결 및 소멸
188	제11조 특약의 보장개시일
189	제12조 피보험자의 범위
189	제13조 특약의 보험기간
189	제14조 특약 내용의 변경
	제4관 보험료의 납입
189	제15조 보험료의 납입
189	제16조 해지 특약의 부활(효력회복)

제5관 계약의 해지 등

189 제17조 계약자의 임의해지

제6관 기타사항

190 제18조 주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙

190 제19조 주계약이 2인(3인,多)보장보험계약인 경우의 특칙

190 제20조 다른 특약의 취급

190 제21조 주계약 약관 규정의 준용

선지급서비스특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 보험회사(이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약 : 이 특약의 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

나. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 보험금의 지급사유

회사는 제13조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 종합병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 잔여수명(이하 “여명” 이라 합니다)이 12개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 주계약 사망보험금액의 일부 또는 전부를 선지급 사망보험금(이하 “보험금” 이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

제4조 보험금 지급에 관한 세부규정

선지급서비스특약 약관

- ① 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 따라 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 주계약 약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 보험금에 대한 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 주계약에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 주계약 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제5조 보험금을 지급하지 않는 사유

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 따라 피보험자가 제3조(보험금의 지급사유)에 해당된 경우에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조 보험금의 지정대리청구인

- ① 피보험자가 이 특약의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 따라 변경 지정한 다음의 자(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)가 제8조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험수익자의 대리인으로서 이 특약의 보험금을 청구할 수 있습니다.
 1. 보험금을 청구할 때 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 가족 관계등록부상의 배우자
 2. 보험금을 청구할 때 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 따라 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제7조 지정대리청구인의 변경지정

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

1. 청구서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

선지급서비스특약 약관

제8조 보험금의 청구

피보험자 또는 지정대리청구인은 제13조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계증명서 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 지급기일내에 이 특약의 보험금을 지급하지 않을 때에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자 등의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 되거나, 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제11조 특약의 보장개시일

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

선지급서비스특약 약관

제12조 피보험자의 범위

이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 피보험자가 동일한 보험계약이어야 합니다.

제13조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 특약을 부가한 날부터 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 18개월 이전까지로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 자동갱신되는 경우에는 제1항에서 규정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “자동갱신 기간이 끝나는 날”로 대체합니다.

제14조 특약 내용의 변경

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 보험료의 납입

이 특약의 보험료는 없습니다.

제16조 해지 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제5관 계약의 해지 등

제17조 계약자의 임의해지

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.

선지급서비스특약 약관

제6관 기타사항

제18조 주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 주계약에 사망보험금을 지급하는 특약(이하 “사망보장특약” 이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금액은 주계약의 사망보험금액과 사망보장특약의 사망보험금액을 더한 금액을 기준으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험금 청구가 있는 경우에는 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 제3조(보험금의 지급사유) 및 제20조(다른 특약의 취급)에 관계없이 청구일 현재 주계약 및 사망보장특약의 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급합니다.
- ③ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약에 대한 이 특약의 보험금은 사망보장특약의 보험기간이 끝나는 날의 18개월 이전까지 청구할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약이 자동갱신되는 경우에는 제3항에 규정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “자동갱신기간이 끝나는 날”로 대체합니다.
- ⑤ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약의 경우에도 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 제5항을 동일하게 적용합니다.

제19조 주계약이 2인(3인,多人)보장보험계약인 경우의 특칙

- ① 주계약이 2인(3인,多人)보장보험계약인 경우 이 특약의 피보험자는 주계약의 주된 피보험자로 합니다.
- ② 주계약이 2인(3인,多人)보장보험계약인 경우 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 “주계약 사망보험금액의 일부 또는 전부”를 “주계약 사망보험금액의 전부”로 대체합니다.
- ③ 주계약이 2인(3인,多人)보장보험계약인 경우 제20조(다른 특약의 취급) 제1항에 불구하고 주계약 사망보험금액의 전부를 이 특약의 보험금으로 지급한 경우에는 해당 피보험자가 사망한 것으로 간주하고 주계약의 소멸규정을 준용합니다.

제20조 다른 특약의 취급

- ① 주계약 사망보험금액의 전부가 지급된 경우 주계약은 소멸되는 것으로 하며 주계약에 다른 특약이 부가되어 있는 경우에는 각 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ② 주계약 사망보험금액의 일부가 지급된 경우에는 각 특약의 효력은 계속되는 것으로 합니다.

제21조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

사후정리특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

- 192 제1조 목적
- 192 제2조 용어의 정의

제2관 보험금의 지급

- 192 제3조 보험금의 지급사유
- 192 제4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 193 제5조 보험금의 청구
- 193 제6조 보험금의 지급절차

제3관 보험계약의 성립과 유지

- 193 제7조 특약의 체결 및 소멸
- 194 제8조 특약의 무효
- 194 제9조 계약자의 임의해지

제4관 보험료의 납입

- 194 제10조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시
- 194 제11조 해지특약의 부활(효력회복)

제5관 기타사항

- 194 제12조 주계약 약관 규정의 준용

사후정리특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’ 라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’ 라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약 : 이 특약의 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 및 지급금 관련 용어

가. 재해 : 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.

나. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 보험기간 중 제10조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하였을 때 보험수익자에게 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금 및 해당 보험수익자의 사망보험금 지급비율에 따른 금액 한도 내에서 주계약 및 그에 부가된 특약의 사망보험금액(재해로 인한 사망보험금액은 제외합니다)의 일부 또는 전부를 지급합니다.

제4조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 보험금 지급책임의 의무가 없을 것으로 판단되는 경우에는 본 특약에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 회사가 보험수익자에게 이 특약에 따른 보험금을 지급한 경우 잔

사후정리특약 약관

여 보험금을 지급할 때 이를 해당 보험수익자에게 지급할 보험금에서 차감합니다.

- ③ 회사는 이 특약에 의하여 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받더라도 이 특약에 따라 지급된 보험금에 대하여는 지급하지 않습니다.
- ④ 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급청구를 받아 그 보험금이 지급된 이후에는 이 특약에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조 보험금의 청구

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 사망보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서 (회사양식)
 - 2. 사망진단서
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ② 제1항 제2호의 사망진단서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 보험금의 지급절차

회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 1영업일 이내에 이 특약의 보험금을 지급합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제7조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

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 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급이 완료된 경우

사후정리특약 약관

제8조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.
 1. 보험수익자가 자연인이 아닌 경우
 2. 보험수익자가 미성년자인 경우
 3. 보험수익자가 법정상속인인 경우. 다만, 보험수익자 중 1명 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외
- ② 회사는 이 특약에 따라 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금을 지급한 후에도 회사에 보험금을 지급할 책임이 없었음이 확인된 때에는 보험수익자는 이 특약에 따라 이미 지급받은 보험금을 회사에 반환하여야 합니다.
- ③ 제2항의 경우에 보험수익자가 회사에 보험금을 반환하지 않는 때에는 회사는 보험금, 환급금 등 계약자 또는 보험수익자에게 지급하여야 할 제지급금에서 아직 반환받지 못한 보험금을 공제할 수 있습니다.

제9조 계약자의 임의해지

계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.

제4관 보험료의 납입

제10조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 없습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(부활(효력회복) 계약인 경우는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날로 합니다.

제11조 해지특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)청약을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약의 부활(효력회복)후 보장개시일에 관한 사항은 제10조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 준용합니다.

제5관 기타사항

제12조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

196	제1조 적용대상
196	제2조 특약의 체결 및 소멸

제2관 지정대리청구인의 지정

196	제3조 지정대리청구인의 지정
196	제4조 지정대리청구인의 변경지정

제3관 보험금의 지급

197	제5조 보험금의 지급절차
197	제6조 보험금의 청구

제4관 기타사항

197	제7조 준용규정
-----	----------

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 적용대상

이 특별약관은 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제2조 특약의 체결 및 소멸

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. (이하 보험계약자는 ‘계약자’, 보험회사는 ‘회사’, 보험계약은 ‘계약’ 이라 합니다)

제2관 지정대리청구인의 지정

제3조 지정대리청구인의 지정

- ① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, ‘지정대리청구인’ 이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 따른 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음 각호의 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
- 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. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

지정대리청구서비스특약 약관

제3관 보험금의 지급

제5조 보험금의 지급절차

- 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. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4관 기타사항

제7조 준용규정

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

신단체취급특약 약관

199	제1조 특약의 적용범위
199	제2조 피보험자의 범위
199	제3조 보험요율의 적용
199	제4조 보험료의 납입
199	제5조 특약의 소멸
200	제6조 주계약 약관의 준용

신단체취급특약 약관

제1조 특약의 적용범위

이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 특약을 포함하며, 이하 ‘주계약’이라 합니다)을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 주계약의 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)가 다음 중 한가지의 단체(이하 ‘대상단체’라 합니다)에 소속되어야 합니다.
 - 가. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
 - 나. 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자 단체로 5인이상 구성원이 있는 단체
 - 다. 회원단체 : 단체운영에 관한 주요사항이 규칙 또는 정관 등에 의하여 확정되어 있고 그 단체 회원명부에 등재 또는 서면에 의한 가입의사 표시에 의해 구성된 단체(한국교직원공제회, 행정공제회, 협회, 카드사회원, 온라인사업체 회원 등 회원제로 운영되는 단체)로서 20인 이상의 구성원이 있는 단체로 하며 동종사업에 대한 협회의 경우 협회에 등재된 각 사업장의 근로자를 포함합니다. 다만 단순히 보험가입을 목적으로 조직된 단체는 제외합니다.
 - 라. 그 밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
2. 이 특약의 적용을 받는 인원수는 제1호의 대상단체에 소속된 주계약의 계약자수가 5인 이상이어야 합니다.

제2조 피보험자의 범위

- ① 이 특약의 적용을 받는 주계약의 피보험자는 「계약자」 또는 「계약자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 ‘배우자’라 합니다)」 또는 「계약자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀」로 합니다.
- ② 배우자를 주계약의 주피보험자로 하는 경우 배우자가 계약자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.

제3조 보험요율의 적용

이 특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 보험요율을 적용합니다.

제4조 보험료의 납입

계약자는 제3조(보험요율의 적용)에서 정한 바에 따라 계산된 보험료를 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다)가 정한 바에 따라 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 자동이체납입의 가입으로 하는 경우에는 자동이체통장으로 대신할 수 있습니다.

제5조 특약의 소멸

- ① ‘주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우’, ‘이 특약의 피보험자가 사망한 경우’, 또는 ‘계약자가 소속단체를 탈퇴 하였을 경우’ 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 배우자를 주계약의 주피보험자로 하는 경우 주피보험자가 계약자의 가족관계등록부상 또는 주민등

신단체취급특약 약관

특상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- ③ 배우자를 주계약의 주피보험자로 하는 경우 제2항에도 불구하고 배우자가 제1조(특약의 적용범위) 제1호의 대상단체에 소속된 경우에는 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
- ④ 제1항에서 계약자가 소속단체를 탈퇴하여 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제2항 및 제3항에 따라 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우 차회 이후의 보험료는 해당 계약의 할인율이 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조 주계약 약관의 준용

이 특약에서 별도로 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

각종 질병·재해분류표에 관한 사항입니다.

202	별표2	재해분류표
203	별표3	질병 및 재해분류표
204	별표4	뇌출혈 분류표
205	별표5	급성심근경색 분류표
206	별표6	대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암제외)
207	별표7	제자리의 신생물 분류표 (대장점막내암 제외)
208	별표8	행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
209	별표9	대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)
210	별표10	고액치료비 관련암 분류표
211	별표11	양성뇌종양 분류표 (경계성종양 제외)
212	별표12	양성뇌종양 분류표
213	별표13	재해골절 (치아파절 제외) 분류표
214	별표14	장해분류표

별표

별표2

재해 분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주) 1. () 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

2. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

별표

별표3

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다..

- ① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용 상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주) 1. () 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

2. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

별표

별표4

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
지주막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류 번호에 해당하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표

별표5

급성심근경색 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
급성 심근경색증	I21
이차성 심근경색증	I22
급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류 번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표

별표6

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 ~ C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15 ~ C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 ~ C39
뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
피부의 악성흑색종	C43
종피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 ~ C49
유방의 악성신생물(암)	C50
여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 ~ C58
남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 ~ C63
요로의 악성신생물(암)	C64 ~ C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 ~ C72
부신의 악성신생물(암)	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 ~ C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병	D47.5

- 주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.
3. 소화기관의 악성신생물(암)(C15~C16)의 경우 암특약 약관 제6조 및 3대질병납입면제특약 제4조 (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점막내암”은 제외됩니다.

별표

별표7

제자리의 신생물 분류표 (대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01)의 경우 CI기본특약 약관 제5조 (“소액치료 비관련 암” 의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점막내암” , 암특약 약관 제6조(“대장점막 내암” 의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점막내암” 은 제외됩니다.

별표

별표8

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타신생물	D47 (D47.1,D47.3, D47.4,D47.5 제외)
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류 번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 “림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

별표

별표9

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 ~ C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15 ~ C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 ~ C39
뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
피부의 악성흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 ~ C49
유방의 악성신생물(암)	C50
여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 ~ C58
남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 ~ C63
요로의 악성신생물(암)	C64 ~ C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 ~ C72
부신의 악성신생물(암)	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 ~ C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병	D47.5

- 주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표10

고액치료비 관련암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비 관련암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
• 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
• 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C70 ~ C72
• 수막의 악성신생물(암)	C70
• 뇌의 악성신생물(암)	C71
• 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
• 호지킨 림프종	C81
• 소포성 림프종	C82
• 비소포성 림프종	C83
• 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
• 기타 및 상세불명 유형의 호지킨 림프종	C85
• T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
• 기타 B-세포림프종[악성 면역증식질환]	C88
• 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
• 림프성 백혈병	C91
• 골수성 백혈병	C92
• 단핵구성 백혈병	C93
• 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
• 상세불명 세포형의 백혈병	C95
• 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
• 만성 골수증식질환	D47.1
• 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.

별표

별표11

양성뇌종양 분류표 (경계성종양 제외)

약관에 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
수막의 양성신생물	D32
뇌 및 기타 중추 신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
두개인두관의 양성신생물	D35.3
송과선의 양성신생물	D35.4

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.

별표

별표12

양성뇌종양 분류표

약관에 규정하는 양성뇌종양으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 기타 중추 신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4
6. 뇌하수체의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44.3
7. 두개인두관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44.4
8. 송과선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44.5
9. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
10. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.

별표

별표13

재해골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 재해골절(치아파절 제외)로 분류되는 재해는 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 재해를 말합니다.

구분	분류번호
두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는제외)
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위에서의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위의 골절	T02
상세불명의 척추 부위의 골절	T08
상세불명의 팔 부위의 골절	T10
상세불명의 하지 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에 있어서 상기 재해 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

별표14

장해 분류표

총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 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 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

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, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

별표

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
두눈이 멀었을 때	100
한눈이 멀었을 때	50
한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
한눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25
한눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15
한눈의 교정시력이 0.2이하로 된 때	5
한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 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 모

습)”으로 지급률을 가산한다.

- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) “코의 기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.

- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
- ① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손” 이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
- 10) 유상악치 또는 가교악치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장치치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모” 란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애” 라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때” 라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
- ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
- ④ 코의 1/2이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
- ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
- ④ 코의 1/4이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기” 라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에 서는 $8 \times 10\text{cm}$ (1/2 크기는 40cm^2 , 1/4 크기는 20cm^2), 6~11세의 경우는 $6 \times 8\text{cm}$ (1/2 크기는 24cm^2 , 1/4 크기는 12cm^2), 6세 미만의 경우는 $4 \times 6\text{cm}$ (1/2 크기는 12cm^2 , 1/4 크기는 6cm^2)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장해
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어 지는 증상) 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어 지는 증상) 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어 지는 증상) 및 척추 후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

- 9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골” 이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일한 부위로 한다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형” 이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정 한 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때” 라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) “팔” 이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침” 의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)” 인 경우
 - 나) “심한 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)” 인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) “약간의 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

별표

- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
한다리의 3대관절중 관절 하나에기능을 완전히 잃었을 때	30
한다리의 3대관절중 관절 하나에기능에 심한 장애를 남긴 때	20
한다리의 3대관절중 관절 하나에기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
한다리의 3대관절중 관절 하나에기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) “다리” 라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절” 이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.

- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때” 라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “연구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) “약간의 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때” 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것 만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
심한 치매 : CDR 척도 4점	80
뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
심한 간질발작이 남았을 때	70
뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때” 라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “〈붙임〉일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애평가표” 의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표” 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애인단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 위의 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애는 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애 평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - 가) 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - 나) 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의의 추정이나 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장애로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식 장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

- ② “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 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작” 이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작” 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작” 이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “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	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방법을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방법을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양 공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 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 음식물을 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 행겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

상품구성 및 상품코드

구분		상품코드		
주계약	기본형	표준체	HH06010, HH06030	
		우량체	HH06020, HH06040	
선택특약	정기특약 무배당		1022170	
	재해사망특약 무배당		1022180	
	재해장해특약 무배당		1022190	
	5대성인병특약 무배당		1022200	
	암특약 무배당/갱신형		1022241	
	입원특약 무배당/갱신형		1022261	
	실손의료비특약	표준형	종합형	1023091
			질병형	1023151
			상해형	1023171
		선택형	종합형	1023231
			질병형	1023261
			상해형	1023271
	어린이특약 무배당		1022220	
	3대질병납입면제특약 무배당		1023340	
	연금전환특약 무배당		-	
	건강우량체할인특약 무배당		-	
선지급서비스특약		-		
사후정리특약		-		
지정대리청구서비스특약		-		
신단체취급특약		-		

*연금전환특약 무배당의 경우에는 전환시점의 상품코드를 적용합니다.

*갱신형특약은 매 갱신시마다 갱신시점의 상품코드를 적용합니다.