
무배당 채움안심보장보험 약관

농협손해보험주식회사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 직원 등에게 구두(말)로만 알린 경우에는 회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장

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

○ 갱신행 보장

- 실손의료비(갱신행)보장 특별약관의 보험기간은 3년만기(단, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【갱신행 보장의 보험기간】							
40세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 갱신행 보장을 가입하는 경우							
	3년	3년	...	3년	3년	1년	
갱신시점의 나이	40세	43세	46세	...	73세	76세	79세 80세

- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 손해율, 의료수가 상승 등의 변동)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지

환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립부분 부리이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

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

○ 특정질병 관련 보장

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

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

○ 상해 관련 보장

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

○ 실손의료비 보장

- 이 특약은 발생 의료비 중 국민건강보험법 또는 의료급여법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보상하지 않는 사항에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.(보상내용 및 보험금액 등은 해당약관을 참고하시기 바랍니다)

【실손의료비 범위】	
총 진료비 중에서 국민건강보험에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액	
국민건강보험 급여항목	비급여항목
국민건강보험 부담	환자본인부담
환자본인부담	

- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받

게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.

- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급하며, 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상한도로 합니다. 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

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

- 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 계약이 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 다수의 실손의료보험계약인 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 보험회사 중 한 보험회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 보험회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급하여 드립니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 약관의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

보험계약자는 계약을 청약한 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러지 아니하며, 전자·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 「통신판매 계약」이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약 청약시 보험약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약 체결시 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

단, 통신판매 계약의 경우 보험계약자가 동의하는 경우 보험약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전자적 방법으로 송부하고 보험계약자 또는 그 대리인이 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요한 내용을 보험계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 보험계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 보험계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러지 아니합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약 체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸

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

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보장보험료에 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다)
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험("공제"를 포함합니다)자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적에 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가 지급금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다.

10. 대위권

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

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 약관의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권(보험가입증서)

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자(보험대상자)

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자(보험금을 받는 자)

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

○ 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 금액

1) 보장보험료

보험계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료

2) 적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

3) 적립부분 순보험료

적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

○ 보험금

피보험자(보험대상자)의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

○ 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일(책임개시일)

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ **보험계약일**

보험계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험가입금액**

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

○ **책임준비금**

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

○ **해지환급금**

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 채움안심보장보험
보통약관

제1종 상해플랜

제1절 일반조항

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 「보험계약」은 「계약」, 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 「무진단계약」이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 「진단계약」이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(계약체결시점의 예정이율을 말하며, 이하 「예정이율」이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

【예정이율】

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

제2조(청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 「통신판매 계약」이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율(이하 「보험계약대출이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우

에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

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

【보험계약대출이율】

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

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약 내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정 상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제4조(계약의 무효)

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

여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

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

제5조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자(보험대상자)
 5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ⑤ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 한번의 사고에 대하여 회사가 『제2절 사망 및 후유장해 담보조항』 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호 「80%이상 후유장해보험금」에서 정한 일반상해 80%이상 후유장해보험금, 대중교통이용중 교통상해 80%이상 후유장해보험금 및 제3호 「80%미만 후유장해보험금」에서 정한 일반상해 80%미만 후유장해보험금, 대중교통이용중 교통상해 80%미만 후유장해보험금이 지급되는 경우에는 남은 보험기간에 대한 해당담보의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 『제2절 사망 및 후유장해 담보조항』 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 「사망보험금」에서 정한 일반상해 사망보험금, 대중교통이용중 교통상해 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당담보에 대한 회사의 보상책임은 소멸됩니다.
- ② 회사가 『제3절 상해관련 담보조항』 「3-1. 중대한특정상해수술비」를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 담보에 대한 회사의 보상책임은 소멸됩니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에 의하여 해당담보에 대한 회사의 보상책임 소멸한 경우에는 회사는 해당담보의 책임준비금을 지급하지 아니합니다
- ④ 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우 이 계약에 대한 회사의 보상책임은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보장부분과 적립부분 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

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

제2장 보험료의 납입 등

제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제21조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제23조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
- ④ 제1항의 보험료는 손해를 보장하는데 필요한 보험료(이하 「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다.(이하 「보장보험료」와 「적립보험료」를 합하여 「보험료」라 합니다)

제10조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

제11조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험

료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립), 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제21조(계약 전 알릴 의무), 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제25조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻

어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급

제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다) 관련보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제16조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 소정의 사업비를 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 보장성보험 공시이율(이하“공시이율”로 합니다)로 매월 회사가 정한 이율로 합니다.

② 제1항의 공시이율은 운용자산이익률과 외부지표금리를 4:6의 비율로 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익률 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위내에서 정합니다.

$$\bullet \text{ 공시기준이율}(\%) = (\text{운용자산이익률} \times 40\% + \text{외부지표금리} \times 60\%)$$

1. 운용자산이익률은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출하며 운용자산수익률 및 투자지출률은 보험업감독규정에 따라 작성된 재무제표상의 투자영업수익 및 투자영업비용으로 다음과 같이 계산합니다.

- 운용자산수익률

$$= \frac{(2 \times \text{직전 12개월간 투자영업수익}) \times 100}{\sum_{t=1}^{12} \{ \text{직전 (t+1)개월말 현재운용자산} + \text{직전(t)월말 현재운용자산} \} / 12 - [\text{직전 12개월간 투자영업수익} - \text{직전 12개월간 투자영업비용}]}$$

- 투자지출률

$$= \frac{(2 \times \text{직전 12개월간 투자영업비용}) \times 100}{\sum_{t=1}^{12} \{ \text{직전 (t+1)개월말 현재운용자산} + \text{직전(t)월말 현재운용자산} \} / 12 - [\text{직전 12개월간 투자영업수익} - \text{직전 12개월간 투자영업비용}]}$$

2. 외부지표금리는 시중 실제금리를 반영한 것으로서 국고채수익률, 회사채수익률, 통화안정증권수익률의 평균을 적용하며, 각 지표의 수익률은 직전 3개월수익률을 가중평균하여 산출하며 계산방법은 다음과 같습니다.

- 외부지표금리수익률(%) = $A1 \times 0.4 + A2 \times 0.4 + A3 \times 0.2$

A1 : 국고채수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

A2 : 회사채수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

A3 : 통화안정증권수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

$$\text{※ 가중이동평균이율} = \frac{Mi(-3) + Mi(-2) \times 2 + Mi(-1) \times 3}{6}$$

Mi(-3)은 직전3개월, Mi(-2)은 직전 2개월, Mi(-1)은 직전 1개월 이율

- 주) 1. 국고채수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 5년만기 국고채의 최종호가 수익률로 합니다.
2. 회사채수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 무보증 3년만기 회사채(AA-)의 최종호가수익률로 합니다.
3. 통화안정증권수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 1년 만기 통화안정증권의 최종호가수익률로 합니다.
4. 각각의 이율은 각 월의 직전 1월의 16일로부터 각 월의 당월 15일까지의 회사채 평균수익률, 국고채 평균수익률 및 통화안정증권평균수익률을 기준으로 합니다.

3. 공시이율의 최저보증이율은 연복리 2.0%로 합니다.

4. 세부적인 공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한 「공시이율 산출기준」을 따릅니다.

- ③ 회사는 제2항의 공시이율을 매일 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시하며, 계약자에게 연 1회 이상 공시이율의 변경내역을 통지합니다.

제17조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자가 보험료의 납입을 완료하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)로부터 이 계약의 공시이율로 적립한 금액을 만기

환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용합니다.

② 제1항의 만기환급금은 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.

【공시이율】

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

【최저보증이율】

회사의 운용자산수익률 및 시중의 지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1.0%인 경우(최저보증이율은 2.0%일 경우), 적립금은 공시이율(1.0%)이 아닌 최저보증이율(2.0%)로 부리됩니다.

제18조(해지환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사의 보장개시일(책임개시일)로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 중도해지시 적용이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연 2%로 합니다.

보험료 납입경과기간	중도해지시 적용이율
1년미만	공시이율 × 85%
1년이상 ~ 2년미만	공시이율 × 90%
2년이상 ~ 3년미만	공시이율 × 95%
3년이상	공시이율 × 100%

【보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시】

1. 보장개시일(책임개시일)로부터 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 85%」 적용
2. 보장개시일(책임개시일)로부터 1년 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 90%」 적용
3. 보장개시일(책임개시일)로부터 2년 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 95%」 적용
4. 보장개시일(책임개시일)로부터 3년 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율」 적용

② 제1항의 해지환급금은 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제20조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

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

제4장 계약 전 알릴 의무 등

제21조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

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

제22조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제23조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제21조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제22조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 직원 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

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

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제22조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제24조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제25조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급의 절차 등

제26조(주소변경통지)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제27조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제17조(만기환급금의 지급)의 경우를 계약자로 하고, 사망보험금의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 그밖의 보험금의 경우에는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제28조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제29조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제30조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법

제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제31조(보험금의 지급)

① 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.

【영업일】

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

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 『제2절 사망 및 후유장해 담보조항』 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제32조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의

기간은 보장성 공시이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

② 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 보장성 공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 보장성 공시이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 연 1.0%의 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제33조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제34조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)와 「개인정보보호법」 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 동 법 시행령 제17조(동의를 받는 방법)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용
4. 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

제35조(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 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금을 차감합니다.

- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 6 장 분쟁조정 등

제36조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자 또는 기타 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(약관의 해석)

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

제39조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

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

제40조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원 등의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제41조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을

잃습니다.

③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제42조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제43조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제2절 사망 및 후유장해 담보조항

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 사망보험금

가. 일반상해 사망보험금 : 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신 할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하“상해”라 합니다.)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 이 담보의 보험가입금액 지급

나. 대중교통이용중 교통상해 사망보험금 : 보험기간중에 대중교통이용중 교통상해(보험기간 중에 대중교통이용중 발생한 아래에서 정한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「대중교통이용중 교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「대중교통이용중 교통상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 이 담보의 보험가입금액 지급

- 1) 운행중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승중에 일어난 교통사고
- 2) 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
- 3) 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

2. 80%이상 후유장해 보험금

가. 일반상해 80%이상 후유장해 보험금 : 보험기간 중 일반상해로 장해분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 이 담보의 보험가입금액 지급

나. 대중교통이용중 교통상해 80%이상 후유장해 보험금 : 보험기간 중 대중교통이용중 교통상해로 장해분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 이 담보의 보험가입금액 지급

3. 80%미만 후유장해 보험금

가. 일반상해 80%미만 후유장해 보험금 : 보험기간 중 상해로 장해분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 장해분류표에서 정한 지급률을 이 담보의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액 지급

나. 대중교통이용중 교통상해 80%미만 후유장해 보험금 : 보험기간 중 대중교통이용중 교통상해로 장해분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 장해분류표에서 정한 지급률을 이 담보의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액 지급

② 제1항에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수용구를 말합니다.

1. 여객수송용 항공기

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) □

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

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

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 장애지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호를 적용합니다.

③ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 【별표-상해1(장애분류표)】에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

④ 【별표-상해1(장애분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표-상해1(장애분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만 【별표-상해1(장애분류표)】의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-상해1(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표-상해1(장애분류표)】상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표-상해1(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-상해1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다. □

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해 □

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다. □

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 80%이상 후유장해보험금을 한도로 합니다. □

⑪ 회사는 하나의 상해로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호 또는 제3호에서 정한 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험,

사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

제3절 상해관련 담보조항

3-1. 중대한 특정상해수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 이 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 담보의 보험가입금액을 중대한 특정상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술비만을 지급합니다.

제3조(중대한 특정상해 수술보장의 정의 및 진단 확정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표-상해5(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표-상해5(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

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

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

2. 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 중격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

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

④ 이 담보에서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌손상」 또는 「내장손상」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「뇌손상」 또는 「내장손상」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라

없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-2. 상해입원비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 이 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원1일당 이 담보의 보험가입금액을 상해입원일당(4일이상)으로 지급하여 드립니다. 다만, 상해입원일당(4일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다. □
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1항 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용하여상해입원일당(4일이상)을 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-3. 골절진단비(치아파절 제외)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 골절(치아파절제외) 분류표(【별표-상해2】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 담보의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 골절진단비(치아제외)로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절제외)를 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 제1절 일반조항 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고, 직·간접 원인을 묻지 않고 치아골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 손해는 보장하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보장합니다.

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-4. 골절수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 담보의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 골절 분류표(【별표-상해3】골절 분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 담보의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 골절수술비로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 골절수술비는 동일한 상해를 직접적인원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) □

- ① 제1절 일반조항 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고, 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(“수술”의 정의와 장소)

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

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-5. 화상진단비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 화상 분류표(【별표-상해4】 화상 분류표 참조. 이하 같습니다)에 정한 화상으로 진단확정시 1사고당 이 담보의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 화상진단비로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 화상이라 함은 화상 분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ② 동일한 사고로 인하여 두 종류 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-6. 화상수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 화상 분류표(【별표-상해4】 화상 분류표 참조. 이하 같습니다)에 정한 화상으로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 담보의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 화상수술비로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 화상이라 함은 화상 분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 화상수술비는 동일한 사고로 인하여 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보장하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 제1절 일반조항 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고, 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해흉터복원수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「상해흉터복원수술」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-7. 상해흉터복원수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

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

주) 길이측정이 불가한 식피술 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해흉터복원수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「상해흉터복원수술」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-8. 강력범죄사망·치료비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 「이 계약의 보험기간」 (이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 일상생활중 아래에서 정한 강력범죄사고로 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 1회당 이 담보의 보험가입금액을 강력범죄사망·치료비로 지급합니다.

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

② 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자가 보험금을 청구할 때에는 1절 일반조항 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서사건신고확인원(관할경찰서장 발행)
2. 의사진단서 등

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

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

제4절 상해 및 질병 담보

4.1. 깁스치료비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병또는 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)를 직접적인 원인으로 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 매 사고시마다 이 담보의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급하여 드립니다.
- ② 위 제1항에서“깁스(Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, “부목(Splint Cast)치료”는 제외합니다.
- ③ 위 제2항에서“부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) □

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 “깁스(Cast)치료”를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보장하여 드립니다.
- ② 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 위 제2항에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다. □
- ④ 위 제3항의‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. □
- ⑤ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

제2종 자녀의료플랜

제1절 일반조항

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 「보험계약」은 「계약」, 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 「무진단계약」이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 「진단계약」이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(계약체결시점의 예정이율을 말하며, 이하 「예정이율」이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

【예정이율】

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

제2조(청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 「통신판매 계약」이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율(이하 「보험계약대출이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우

에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

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

【보험계약대출이율】

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

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약 내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정 상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제4조(계약의 무효)

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

여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

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

제5조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자(보험대상자)
5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.

⑤ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 한번의 사고에 대하여 회사가 『제3절 상해관련 담보조항』 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 「80%이상 후유장해보험금」에서 정한 일반상해 80%이상 후유장해보험금, 교통상해(비운전자) 80%이상 후유장해보험금 및 제2호 「80%미만 후유장해 보험금」에서 정한 일반상해 80%미만 후유장해보험금, 교통상해(비운전자) 80%미만 후유장해보험금이 지급되는 경우에는 남은 보험기간에 대한 해당담보의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 회사가 『제3절 상해관련 담보조항』 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제3호 「재활자금」, 제4호 「중대한 화상 및 부식진단비」, 『제4절 암관련 담보조항』 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호(암진단비)(단, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 제외) 또는 제2호(5대고액치료비암진단비)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 담보에 대한 회사의 보상책임은 소멸됩니다.
- ③ 제2항에 의하여 해당 담보에 대한 회사의 보상책임 소멸한 경우에는 회사는 해당담보의 책임준비금을 지급하지 아니합니다
- ④ 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우 이 계약에 대한 회사의 보상책임은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보장부분과 적립부분 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

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

제2장 보험료의 납입 등

제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제21조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제23조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
- ④ 제1항의 보험료는 손해를 보장하는데 필요한 보험료(이하 「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다.(이하 「보장보험료」와 「적립보험료」를 합하여 「보험료」라 합니다)

제10조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

제11조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험

료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립), 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제21조(계약 전 알릴 의무), 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제25조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻

어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급

제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다) 관련보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제16조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 소정의 사업비를 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 보장성보험 공시이율(이하“공시이율”로 합니다)로 매월 회사가 정한 이율로 합니다.

② 제1항의 공시이율은 운용자산이익률과 외부지표금리를 4:6의 비율로 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익률 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위내에서 정합니다.

$$\bullet \text{ 공시기준이율}(\%) = (\text{운용자산이익률} \times 40\% + \text{외부지표금리} \times 60\%)$$

1. 운용자산이익률은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출하며 운용자산수익률 및 투자지출률은 보험업감독규정에 따라 작성된 재무제표상의 투자영업수익 및 투자영업비용으로 다음과 같이 계산합니다.

- 운용자산수익률

$$= \frac{(2 \times \text{직전 12개월간 투자영업수익}) \times 100}{\sum_{t=1}^{12} \{ \text{직전 (t+1)개월말 현재운용자산} + \text{직전(t)월말 현재운용자산} \} / 12 - [\text{직전 12개월간 투자영업수익} - \text{직전 12개월간 투자영업비용}]}$$

- 투자지출률

$$= \frac{(2 \times \text{직전 12개월간 투자영업비용}) \times 100}{\sum_{t=1}^{12} \{ \text{직전 (t+1)개월말 현재운용자산} + \text{직전(t)월말 현재운용자산} \} / 12 - [\text{직전 12개월간 투자영업수익} - \text{직전 12개월간 투자영업비용}]}$$

2. 외부지표금리는 시중 실제금리를 반영한 것으로서 국고채수익률, 회사채수익률, 통화안정증권수익률의 평균을 적용하며, 각 지표의 수익률은 직전 3개월수익률을 가중평균하여 산출하며 계산방법은 다음과 같습니다.

- 외부지표금리수익률(%) = $A1 \times 0.4 + A2 \times 0.4 + A3 \times 0.2$

A1 : 국고채수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

A2 : 회사채수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

A3 : 통화안정증권수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

$$\text{※ 가중이동평균이율} = \frac{Mi(-3) + Mi(-2) \times 2 + Mi(-1) \times 3}{6}$$

Mi(-3)은 직전3개월, Mi(-2)은 직전 2개월, Mi(-1)은 직전 1개월 이율

- 주) 1. 국고채수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 5년만기 국고채의 최종호가 수익률로 합니다.
2. 회사채수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 무보증 3년만기 회사채(AA-)의 최종호가수익률로 합니다.
3. 통화안정증권수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 1년 만기 통화안정증권의 최종호가수익률로 합니다.
4. 각각의 이율은 각 월의 직전 1월의 16일로부터 각 월의 당월 15일까지의 회사채 평균수익률, 국고채 평균수익률 및 통화안정증권평균수익률을 기준으로 합니다.

3. 공시이율의 최저보증이율은 연복리 2.0%로 합니다.

4. 세부적인 공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한 「공시이율 산출기준」을 따릅니다.

③ 회사는 제2항의 공시이율을 매일 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시하며, 계약자에게 연 1회 이상 공시이율의 변경내역을 통지합니다.

제17조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자가 보험료의 납입을 완료하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)로부터 이 계약의 공시이율로 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용합니다.
- ② 제1항의 만기환급금은 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.

【공시이율】

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

【최저보증이율】

회사의 운용자산수익률 및 시중의 지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1.0%인 경우(최저보증이율은 2.0%일 경우), 적립금은 공시이율(1.0%)이 아닌 최저보증이율(2.0%)로 부리됩니다.

제18조(해지환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사의 보장개시일(책임개시일)로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 중도해지시 적용이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연 2%로 합니다.

보험료 납입경과기간	중도해지시 적용이율
1년미만	공시이율 × 85%
1년이상 ~ 2년미만	공시이율 × 90%
2년이상 ~ 3년미만	공시이율 × 95%
3년이상	공시이율 × 100%

【보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시】

1. 보장개시일(책임개시일)로부터 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 85%」 적용
2. 보장개시일(책임개시일)로부터 1년 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 90%」 적용
3. 보장개시일(책임개시일)로부터 2년 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 95%」 적용
4. 보장개시일(책임개시일)로부터 3년 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율」 적용

② 제1항의 해지환급금은 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 아니합니다.

제20조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

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

제4장 계약 전 알릴 의무 등

제21조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단서를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

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

제22조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제23조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제21조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제22조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수

없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때
 3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 직원 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제22조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제24조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제25조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급의 절차 등

제26조(주소변경통지)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제27조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제17조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 그밖의 보험금의 경우에는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제28조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제29조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제30조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법

제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제31조(보험금의 지급)

① 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.

【영업일】

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

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 『제3절 상해관련 담보조항』 제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제8항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제32조(환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 보장성 공시이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 보장성 공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 보장성 공시이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 연 1.0%의 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제33조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제34조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)와 「개인정보보호법」 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 동 법 시행령 제17조(동의를 받는 방법)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용
4. 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

제35조(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 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해지환급금 등의 지급

사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금을 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 6 장 분쟁조정 등

제36조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자 또는 기타 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(약관의 해석)

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

제39조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

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

제40조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원 등의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제41조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제42조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제43조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제2절 실손의료비(갱신형)

실손의료보험은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다

제1조(담보종목)

① 회사가 판매하는 실손의료비상품은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형, 질병통원형, 종합(상해와 질병을 말합니다)입원형, 종합통원형 등 총 6개의 담보종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 6개 담보종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자(보험대상자)가 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상
종합	입원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 또는 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 또는 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상

② 회사는 이 약관의 명칭에 「실손의료비」 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임>과 같으며 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제3조(담보종목별 보장내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

(1) 상해입원

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원¹에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

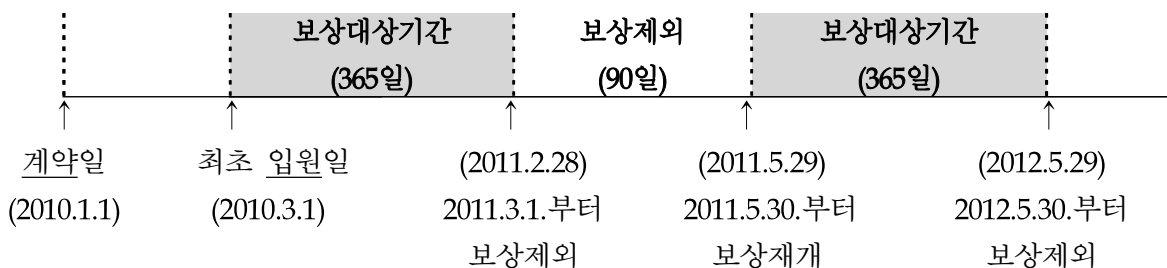
구 분	보상금액
입원실료 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법에서 정한 의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여(상급병실료 차액 제외)」부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 <u>계약일</u> 또는 매년 <u>계약해당일</u> 로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)

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 이에 포함되지 아니합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

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, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

(2) 상해통원

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여」부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여」부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 <u>처방조제비</u> 의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 처방전 180건 한도)

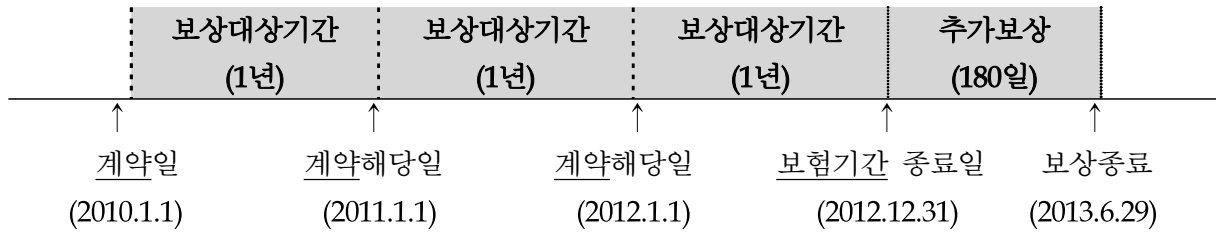
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (<u>외래제비용</u> 및 <u>외래수술비</u> 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 <u>병원</u> , <u>치과병원</u> , <u>한방병원</u> , <u>요양병원</u> , <u>종합병원</u>	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 <u>상급종합병원</u>	2만원
<u>처방조제비</u>	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 <u>약국</u> , 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 <u>한국회귀의약품센터</u> 에서의 처방, 조제(<u>의사</u> 의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 <u>약사</u> 의 직접조제 1건당)	8천원

② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



- ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 단, 의료기관을 2회이상 방문시 외래의 보험금액은 방문 의료기관의 보험금액 중 가장 큰 금액을 1회에 한하여 적용합니다.
- ④ 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 이에 포함되지 아니합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복지후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

(3) 질병입원

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

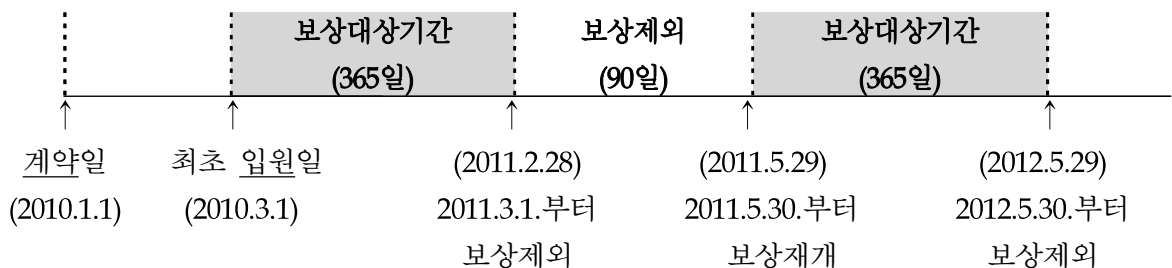
구 분	보상금액
입원실료 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법에서 정한 의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여(상급병실료 차액 제외)」부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 <u>계약일</u> 또는 <u>매년 계약해당일</u> 로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	<u>입원시</u> 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)

② 제1항의 질병에서 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

(4) 질병통원

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여」부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여」부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 <u>처방조제비</u> 의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

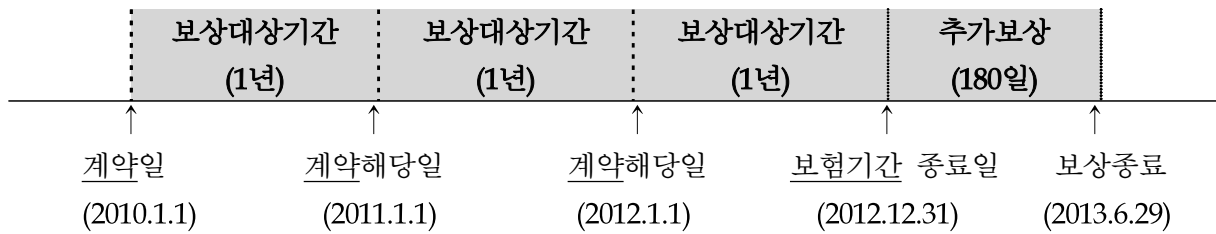
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (<u>외래제비용</u> 및 <u>외래수술비</u> 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 <u>병원</u> , <u>치과병원</u> , <u>한방병원</u> , <u>요양병원</u> , <u>종합병원</u>	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 <u>종합전문요양기관</u> 또는 의료법 제3조의 4에 의한 <u>상급종합병원</u>	2만원
<u>처방조제비</u>	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 <u>약국</u> , 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 <u>약사</u> 의 직접조제 1건당)	8천원

② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



- ③ 하나의 질병으로 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 제2항을 적용합니다. 단, 의료기관을 2회이상 방문시 외래의 보험금액은 방문 의료기관의 보험금액 중 가장 큰 금액을 1회에 한하여 적용합니다.
- ④ 제1항의 질병에서 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

(5) 종합입원

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
입원실료 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법에서 정한 의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여(상급병실료 차액 제외)」부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 <u>계약일</u> 또는 매년 <u>계약해당일</u> 로부터 연간 200만 원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	<u>입원시</u> 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)

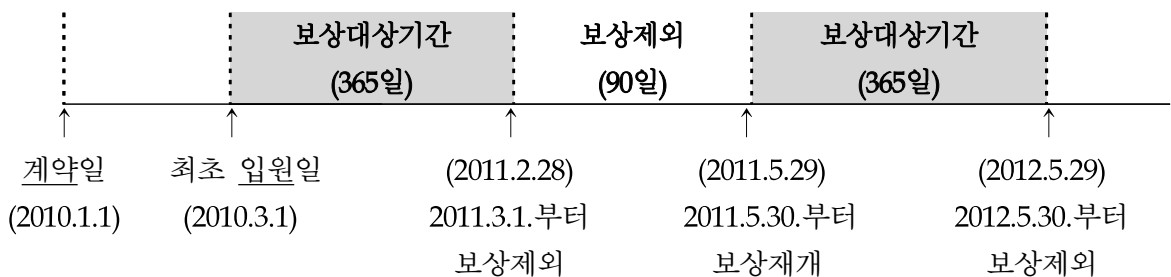
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

③ 제1항의 질병에서 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제5항은 적용하지 아니합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

- ⑧ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.
- ⑨ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ⑩ 제9항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

(6) 종합통원

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여」부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금」과 「비급여」부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 <u>처방조제비</u> 의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제 (의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

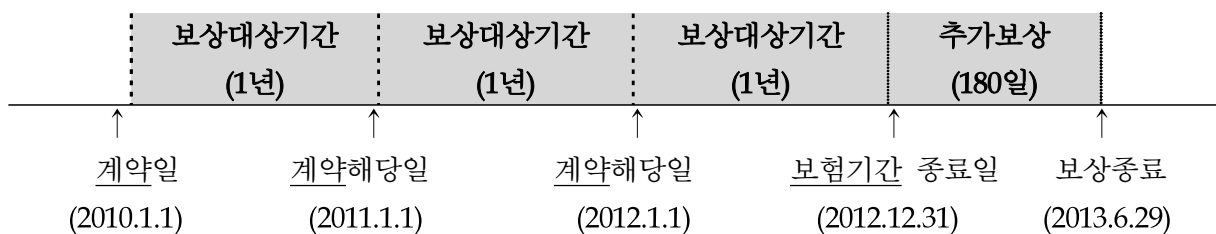
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

③ 제1항의 질병에서 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑥ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통

원치료시(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제5항을 적용합니다. 단, 의료기관을 2회이상 방문 시 외래의 보험금액은 방문 의료기관의 보험금액 중 가장 큰 금액을 1회에 한하여 적용합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복지후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

⑧ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

(1) 상해입원

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

답승

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

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(국민건강보험법상 본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로 부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(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
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(보험을 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

(2) 상해통원

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.

4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 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(국민건강보험법상 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 보상하여 드립니다.
 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(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
 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 9. 자동차보험(보험을 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비

는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.

10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

(3) 질병입원

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

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(국민건강보험법상 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 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 단순한 피로 또는 권태

- 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항(【별표6】 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
- 8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
- 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
- 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
- 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

(4) 질병통원

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
 - 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 - 2. 계약자의 고의
 - 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
 - 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
 - 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
 - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 - 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 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 보상하여 드리지 아니합니다.

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(국민건강보험법상 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 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항(【별표6】 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(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
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 보상하여 드립니다.

11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

(5) 종합입원

- ① 상해에 대하여는 「상해입원」을 적용
- ② 질병에 대하여는 「질병입원」을 적용

(6) 종합통원

- ① 상해에 대하여는 「상해통원」을 적용
- ② 질병에 대하여는 「질병통원」을 적용

제5조(담보의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우 이 담보조항은 소멸되며 이경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(실손의료비(갱신형)보장 갱신)

- ① 실손의료비(갱신형)보장의 보험기간은 3년으로 합니다. □
- ② 실손의료비(갱신형)보장이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 실손의료비(갱신형)보장 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장(이하 「갱신전 보장」이라 합니다)과 동일한 내용으로 실손의료비(갱신형)보장의 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 보장(이하 「갱신 보장」이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
 3. 갱신전 보장의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것 □
- ③ 제2항의 실손의료비(갱신형)보장의 갱신은 이 계약의 보험기간 종료일까지로 하며, 실손의료비(갱신형)보장 갱신시점에서 이 계약의 잔여보험기간이 3년미만인 때에는 제1항 및 제2항에도 불구하고 그 잔여기간을 실손의료비(갱신형)보장의 보험기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
- ④ 회사는 제2항에 의하여 실손의료비(갱신형)보장이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

제8조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비중 최고액을 보상최고한도로 합니다.

③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

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

제9조(연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제1절 일반조항 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

<붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자 (보험금을 받는 자)	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 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
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술 재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급 병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필

용 어	정 의
	요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 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 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금보상제 및 본인부담금상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(민영 보험, 우체국보험, 각종 보험, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·보험계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

제3절 상해관련 담보조항

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 80%이상 후유장해 보험금

가. 일반상해 80%이상 후유장해 보험금 : 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하“상해”라 합니다.)로 장해분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 이 담보의 보험가입금액 지급

나. 교통상해(비운전자) 80%이상 후유장해 보험금 : 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고(이하 「자동차 비운전중 교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)를 **입고** 【별표-상해1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 이 담보의 보험가입금액 지급

1) 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)

2) 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

2. 80%미만 후유장해 보험금

가. 일반상해 80%미만 후유장해 보험금 : 보험기간 중 일반상해로 장해분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 장해분류표에서 정한 지급률을 이 담보의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 이 담보의 보험가입금액으로 지급

나. 교통상해(비운전자) 80%미만 후유장해 보험금 : 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해로 【별표-상해1(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 【별표-상해1(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 담보의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 이 담보의 보험가입금액으로 지급

3. 재활자금

가. 일반상해 80%이상 후유장해 재활자금 : 보험기간 중 일반상해로 장해분류표(<별표-상해1>참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 매년 사고발생일에 일반상해80%이상후유장해재활자금으로 확정 지급

구 분	지급 금액
일반상해로 80%이상 후유장해 발생시	매년 일반상해 80%이상 후유장해 재활자금 보험가입금액을 5년간 확정 지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

나. 교통상해(비운전자) 80%이상 후유장해 보험금 : 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해로 【별표-상해1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 매년 사고발생일에 교통상해(비운전자)80% 이상후유장해 재활자금으로 확정 지급

구 분	지급 금액
교통상해(비운전자)로 80%이상 후유장해 발생시	매년 교통상해(비운전자) 80%이상 후유장해 재활자금 보험가입금액을 5년간 확정 지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

4. 중대한 화상 및 부식 진단비 : 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)으로 진단 확정된 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 이 담보의 보험가입금액 지급

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 6종건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 아니합니다)

④ 제1항 제3호 재활자금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시 지급이 가능하며, 이 경우에는 예정이율(연3.75%)로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항 제4호에서 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 「9의 법칙(Rule of 9's)」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적차트(Lund & Browder chart)」에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

⑥ 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사,

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) □

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 내지 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 장애지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 내지 제3호를 적용합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 내지 제3호에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 【별표-상해1(장애분류표)】에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 【별표-상해1(장애분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표-상해1(장애분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만 【별표-상해1(장애분류표)】의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-상해1(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표-상해1(장애분류표)】상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표-상해1(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-상해1(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다. □

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장

해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해 □

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다. □

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

제 4 절 암관련 담보 조항

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암진단비 : 보험기간 중 제3조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암관련 질병” 중 하나로 진단이 확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급 (암진단 후 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양 및 갑상선암 진단시 추가적인 암진단비는 지급하지 않음)

구 분	지급금액
암 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단확정시	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

2. 5대고액치료비암진단비 : 보험기간 중 제4조(“5대고액치료비암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “5대고액치료비암”으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 담보의 보험가입금액 지급

② 제1항의 경우 「암」 및 「5대고액치료비암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 담보의 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 담보의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 이 약관 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(“암”의 정의 및 진단확정)

① “암”, “제자리암(상피내암)”, “기타피부암”, “경계성종양” 및 “갑상선암”(이하 “암관련 질병”이라 합니다.)이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. “암”이라 함은 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병1】 “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

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

2. “제자리암(상피내암)”이라 함은 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병2】 “제자리 신생물(상피내암) 분류표” 참조)을 말합니다.
3. “기타피부암”이라 함은 【별표-질병1】 “악성신생물(암) 분류표”에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
5. “갑상선암”이라 함은 【별표-질병1】 “악성신생물(암) 분류표”에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 “암관련 질병”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암관련 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(“5대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

- ① “5대고액치료비암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 “5대고액치료비암”으로 분류되는 질병(【별표-질병4】 “5대고액치료비암 분류표”참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 “5대고액치료비암”이라 함은 1) 식도의 악성신생물(암), 2) 췌장(이자)의 악성신생물(암), 3) 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암), 4) 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암), 5) 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)을 말합니다.
- ③ 제1항의 “5대고액치료비암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “5대고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

제3종 자녀건강플랜

제1절 일반조항

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 「보험계약」은 「계약」, 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 「무진단계약」이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 「진단계약」이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(계약체결시점의 예정이율을 말하며, 이하 「예정이율」이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

【예정이율】

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

제2조(청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 「통신판매 계약」이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율(이하 「보험계약대출이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우

에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

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

【보험계약대출이율】

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

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약 내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정 상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제4조(계약의 무효)

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

여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

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

제5조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자(보험대상자)
5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.

⑤ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 한번의 사고에 대하여 회사가 『제2절 상해 관련 담보조항』 2-1. 후유장해 관련 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 「80%이상 후유장해 보험금」에서 정한 일반상해 80%이상 후유장해보험금, 교통상해(비운전자) 80%이상 후유장해보험금 및 제2호 「80%미만 후유장해 보험금」에서 정한 일반상해 80%미만 후유장해보험금, 교통상해(비운전자) 80%미만 후유장해보험금이 지급되는 경우에는 남은 보험기간에 대한 해당담보의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 회사가 『제2절 상해 관련 담보조항』 2-1. 후유장해 관련 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제3호에서 정한 「재활자금」, 2-2. 중대한 특정상해수술비 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「중대한 특정상해수술비」, 2-3. 중대한 화상 및 부식진단비 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「중대한 화상 및 부식진단비」를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 담보에 대한 회사의 보상책임은 소멸됩니다.
- ③ 회사가 『제3절 질병 관련 담보조항』 3-1. 암관련 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 「암진단비」, 제2호에서 정한 「5대고액치료암진단비」, 3-2. 양성뇌종양진단비 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「양성뇌종양진단비」, 3-3. 조혈모세포이식수술비 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「조혈모세포이식수술비」, 3-7. 충수염수술비 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「충수염수술비」를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 담보에 대한 회사의 보상책임은 소멸됩니다.
- ④ 회사가 『제4절 상해·질병 관련 담보조항』 4-2. 5대장기이식수술비 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「5대장기이식수술비」, 4-3. 각막이식수술비 담보 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「각막이식수술비」를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 담보에 대한 회사의 보상책임은 소멸됩니다.
- ⑤ 제2항 내지 제4항에 의하여 해당담보에 대한 회사의 보상책임 소멸한 경우에는 회사는 해당담보의 책임준비금을 지급하지 아니합니다
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우 이 계약에 대한 회사의 보상책임은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보장부분과 적립부분 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

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

제2장 보험료의 납입 등

제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제21조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제23조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
- ④ 제1항의 보험료는 손해를 보장하는데 필요한 보험료(이하 「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다.(이하 「보장보험료」와 「적립보험료」를 합하여 「보험료」라 합니다)

제10조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

제11조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험

료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립), 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제21조(계약 전 알릴 의무), 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제25조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻

어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급

제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다) 관련보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제16조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 소정의 사업비를 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 보장성보험 공시이율(이하“공시이율”로 합니다)로 매월 회사가 정한 이율로 합니다.

② 제1항의 공시이율은 운용자산이익률과 외부지표금리를 4:6의 비율로 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익률 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위내에서 정합니다.

$$\bullet \text{ 공시기준이율}(\%) = (\text{운용자산이익률} \times 40\% + \text{외부지표금리} \times 60\%)$$

1. 운용자산이익률은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출하며 운용자산수익률 및 투자지출률은 보험업감독규정에 따라 작성된 재무제표상의 투자영업수익 및 투자영업비용으로 다음과 같이 계산합니다.

- 운용자산수익률

$$= \frac{(2 \times \text{직전 12개월간 투자영업수익}) \times 100}{\sum_{t=1}^{12} \{ \text{직전 (t+1)개월말 현재운용자산} + \text{직전(t)월말 현재운용자산} \} / 12 - [\text{직전 12개월간 투자영업수익} - \text{직전 12개월간 투자영업비용}]}$$

- 투자지출률

$$= \frac{(2 \times \text{직전 12개월간 투자영업비용}) \times 100}{\sum_{t=1}^{12} \{ \text{직전 (t+1)개월말 현재운용자산} + \text{직전(t)월말 현재운용자산} \} / 12 - [\text{직전 12개월간 투자영업수익} - \text{직전 12개월간 투자영업비용}]}$$

2. 외부지표금리는 시중 실제금리를 반영한 것으로서 국고채수익률, 회사채수익률, 통화안정증권수익률의 평균을 적용하며, 각 지표의 수익률은 직전 3개월수익률을 가중평균하여 산출하며 계산방법은 다음과 같습니다.

- 외부지표금리수익률(%) = $A1 \times 0.4 + A2 \times 0.4 + A3 \times 0.2$

A1 : 국고채수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

A2 : 회사채수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

A3 : 통화안정증권수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

$$\text{※ 가중이동평균이율} = \frac{Mi(-3) + Mi(-2) \times 2 + Mi(-1) \times 3}{6}$$

Mi(-3)은 직전3개월, Mi(-2)은 직전 2개월, Mi(-1)은 직전 1개월 이율

주) 1. 국고채수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 5년만기 국고채의 최종호가 수익률로 합니다.

2. 회사채수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 무보증 3년만기 회사채 (AA-)의 최종호가수익률로 합니다.

3. 통화안정증권수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 1년 만기 통화안정증권의 최종호가수익률로 합니다.

4. 각각의 이율은 각 월의 직전 1월의 16일로부터 각 월의 당월 15일까지의 회사채 평균수익률, 국고채 평균수익률 및 통화안정증권평균수익률을 기준으로 합니다.

3. 공시이율의 최저보증이율은 연복리 2.0%로 합니다.

4. 세부적인 공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한 「공시이율 산출기준」을 따릅니다.

③ 회사는 제2항의 공시이율을 매일 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시하며, 계약자에게 연 1회 이상 공시이율의 변경내역을 통지합니다.

제17조(만기환급금의 지급)

① 회사는 계약자가 보험료의 납입을 완료하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)로부터 이 계약의 공시이율로 적립한 금액을 만기

환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용합니다.

② 제1항의 만기환급금은 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.

【공시이율】

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

【최저보증이율】

회사의 운용자산수익률 및 시중의 지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1.0%인 경우(최저보증이율은 2.0%일 경우), 적립금은 공시이율(1.0%)이 아닌 최저보증이율(2.0%)로 부리됩니다.

제18조(해지환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사의 보장개시일(책임개시일)로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 중도해지시 적용이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연 2%로 합니다.

보험료 납입경과기간	중도해지시 적용이율
1년미만	공시이율 × 85%
1년이상 ~ 2년미만	공시이율 × 90%
2년이상 ~ 3년미만	공시이율 × 95%
3년이상	공시이율 × 100%

【보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시】

1. 보장개시일(책임개시일)로부터 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 85%」 적용
2. 보장개시일(책임개시일)로부터 1년 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 90%」 적용
3. 보장개시일(책임개시일)로부터 2년 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율 × 95%」 적용
4. 보장개시일(책임개시일)로부터 3년 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「공시이율」 적용

② 제1항의 해지환급금은 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제20조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

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

제4장 계약 전 알릴 의무 등

제21조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단서를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

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

제22조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제23조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제21조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제22조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 직원 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

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

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제22조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제24조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제25조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급의 절차 등

제26조(주소변경통지)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제27조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제17조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 그밖의 보험금의 경우에는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제28조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제29조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제30조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 해외의 의료기

관이어야 합니다.

제31조(보험금의 지급)

① 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.

【영업일】

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

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 『제2절 **상해관련** 담보조항』 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로한 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제32조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의

기간은 보장성 공시이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

② 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 보장성 공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 보장성 공시이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 연 1.0%의 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제33조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제34조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)와 「개인정보보호법」 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 동 법 시행령 제17조(동의를 받는 방법)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용
4. 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

제35조(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 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금을 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 6 장 분쟁조정 등

제36조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자 또는 기타 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(약관의 해석)

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

제39조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

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

제40조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원 등의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제41조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제42조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제43조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제2절 상해 관련 담보조항

2-1. 후유장해 관련 담보

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 80%이상 후유장해 보험금

가. 일반상해 80%이상 후유장해 보험금 : 보험기간 중에 상해(보험기간중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하“상해”라 합니다.)로 장해분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 이 담보의 보험가입금액 지급

나. 교통상해(비운전자) 80%이상 후유장해 보험금 : 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고(이하 「자동차 비운전중 교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)를 입고 【별표-상해1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 이 담보의 보험가입금액 지급

- 1) 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
- 2) 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

2. 80%미만 후유장해 보험금

가. 일반상해 80%미만 후유장해 보험금 : 보험기간 중 일반상해로 장해 분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 장해분류표에서 정한 지급률을 이 담보의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 이 담보의 보험가입금액으로 지급

나. 교통상해(비운전자) 80%미만 후유장해 보험금 : 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해로 【별표-상해1(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 【별표-상해1(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 담보의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 이 담보의 보험가입금액으로 지급

3. 재활자금

가. 일반상해 80%이상 후유장해 재활자금 : 보험기간 중 일반상해로 장해분류표(<별표-상해1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을

때에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 매년 사고발생일에 일반상해80%이상후유장해 재활자금으로 확정 지급

구 분	지급 금액
일반상해로 80%이상 후유장해 발생시	매년 일반상해 80%이상 후유장해 재활자금 보험가입금액을 5년간 확정 지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

나. 교통상해(비운전자) 80%이상 후유장해 보험금 : 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해로 【별표-상해1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 매년 사고발생일에 교통상해(비운전자)80%이상후유장해 재활자금으로 확정 지급

구 분	지급 금액
교통상해(비운전자)로 80%이상 후유장해 발생시	매년 교통상해(비운전자) 80%이상 후유장해 재활자금 보험가입금액을 5년간 확정 지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 6종건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 아니합니다)

④ 제1항 제3호 재활자금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시 지급이 가능하며, 이 경우에는 예정이율(연3.75%)로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) □

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 내지 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 내지 제3호를 적용합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 내지 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해

발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표-상해1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 【별표-상해1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-상해1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만 【별표-상해1(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-상해1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표-상해1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표-상해1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-상해1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다. □

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해 □

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다. □

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나

머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

3. 계약자의 고의

4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동 호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

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

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

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2-2. 중대한 특정상해수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 중대한 특정상해수술비 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 특정상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술비만을 지급합니다.

제3조(중대한 특정상해 수술보장의 정의 및 진단 확정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표-상해5(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표-상해5(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

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

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

2. 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

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

④ 이 계약에서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌손상」 또는 「내장손상」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「뇌손상」 또는 「내장손상」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포

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

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2-3. 중대한화상 및 부식진단비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 중대한 화상 및 부식진단비보장 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 중대한 화상 및 부식으로 진단확정시 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 담보의 보험가입금액을 중대한 화상 및 부식진단비로 지급합니다.

제2조(중대한 화상 및 부식진단의 정의 및 진단확정)

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

② 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사이 「중대한 화상 및 부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2.4. 상해입원일당(1일이상)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다. □
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1항 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용하여상해입원일당(1일이상)을 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2-5. 골절진단비(치아파절 제외)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 골절(치아파절제외) 분류표(【별표-상해2】 골절(치아파절 제외) 분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 담보의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 골절진단비(치아 제외)으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절 제외)를 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 제1절 일반조항 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고, 직·간접 원인을 묻지 않고 치아골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 손해는 보장하지 아니합니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아 제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보장합니다.

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2-6. 골절수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 골절 분류표(【별표-상해3】골절 분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 담보의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 골절수술비로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 골절수술비는 동일한 상해를 직접적인원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) □

- ① 제1절 일반조항 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고, 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(“수술”의 정의와 장소)

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

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2-7. 화상진단비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 화상 분류표(【별표-상해4】 화상 분류표 참조. 이하 같습니다)에 정한 화상으로 진단확정시 1사고당 이 담보의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 화상진단비로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 화상이라 함은 화상 분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ② 동일한 사고로 인하여 두 종류 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2-8. 화상수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 화상 분류표(【별표-상해4】 화상 분류표 참조. 이하 같습니다)에 정한 화상으로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 담보의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 화상수술비로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 화상이라 함은 화상 분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 화상수술비는 동일한 사고로 인하여 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보장하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 제1절 일반조항 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고, 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 아니합니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

이 담보에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 화상의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2-9. 상해흉터복원수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

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

주) 길이측정이 불가능한 식피술 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해흉터복원수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「상해흉터복원수술」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

2-10. 학원폭력상해치료비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 학원폭력상해치료비보장 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입었을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 약관의 보험가입금액을 학원폭력상해치료비로 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 제1절 일반조항 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해
2. 피보험자(보험대상자)의 친족에 의한 사고
3. 피보험자(보험대상자)가 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

제3절 질병 관련 담보

3-1 암관련 담보

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암진단비 : 보험기간 중 제4조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암관련질병” 중 하나로 진단이 확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급 (암진단 후 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양 및 갑상선암 진단시 추가적인 암진단비는 지급하지 않음)

구 분	지급금액
암 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단확정시	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

2. 5대고액치료비암진단비 : 보험기간 중 제5조(“5대고액치료비암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “5대고액치료비암”으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5대고액치료비암 보험가입금액을 지급
3. 암입원비 : 보험기간 중 제3조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암관련질 병”중 하나로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 암입원일당으로 지급

구 분	지급금액
암으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 4일이상 계속입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 20%

4. 암수술비 : 보험기간 중 제3조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암관련질병” 중 하나로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암수술비로 지급

구 분	지급금액
암 수술시	보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암 수술시	보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우 「암」, 「5대고액치료비암」, 「암입원」 및 「암수술」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 약관의 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 이 약관 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제5항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제5항 및 제6항의 규정에 따라 암입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제3조("암"의 정의 및 진단확정)

① "암", "제자리암(상피내암)", "기타피부암", "경계성종양" 및 "갑상선암"(이하 "암관련 질병"이라 합니다.)이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. "암"이라 함은 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병1】 "악성신생물(암) 분류표" 참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

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

2. “제자리암(상피내암)”이라 함은 상피내의 신생물로 분류되는 질병 (【별표-질병2】 “제자리 신생물(상피내암) 분류표” 참조)을 말합니다.
3. “기타피부암”이라 함은 【별표-질병1】 “악성신생물(암) 분류표”에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
5. “갑상선암”이라 함은 【별표-질병1】 “악성신생물(암) 분류표”에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 “암관련 질병”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암관련 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(“5대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

- ① “5대고액치료비암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류의 기본분류 에 있어서 “5대고액치료비암”으로 분류되는 질병(【별표-질병4】 “5대고액 치료비암 분류표”참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 “5대고액치료비암”이라 함은 1) 식도의 악성신생물(암), 2) 췌장(이자)의 악성신생물(암), 3) 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암), 4) 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암), 5) 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)을 말합니다.
- ③ 제1항의 “5대고액치료비암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “5대고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 「암」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)

로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약 물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제7조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-2 양성뇌종양진단비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 양성뇌종양진단비 보장담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「양성뇌종양」으로 진단확정시 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 제4조(양성뇌종양진단비) 제1항에서 정한 금액을 양성뇌종양진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 담보에 있어 「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- ② 제1항의 「양성뇌종양」은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 아니합니다.
- ③ 「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사이 「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(양성뇌종양진단비)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 양성뇌종양진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
양성뇌종양으로 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장의 시기 이후에 사망하고 그 후에 「양성뇌종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 양성뇌종양진단비를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-3. 조혈모세포이식수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 조혈모세포이식수술비보장 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「조혈모세포이식」을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 담보의 보험가입 금액을 조혈모세포이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(조혈모세포이식의 정의 및 진단 확정)

이 담보에 있어 「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 기술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 기술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 기술은 제외합니다.

1. 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자(보험대상자)의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자(보험대상자)의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「조혈모세포이식」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 「조혈모세포이식」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

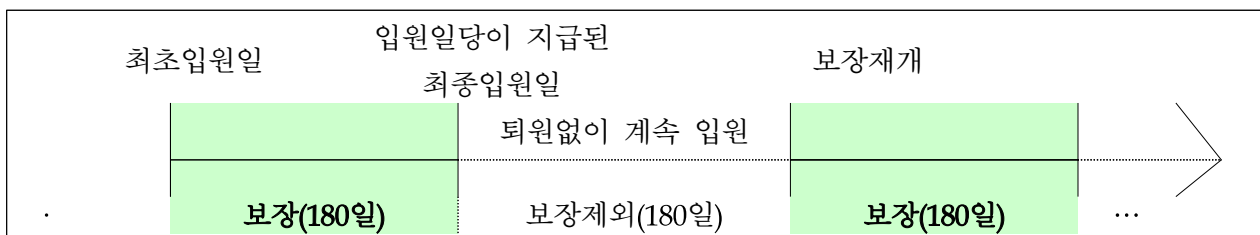
3-4. 질병입원일당(1일이상)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 질병입원일당(1일이상)보장 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 질병입원일당 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑥ 이 약관에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
- ⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개포함), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 제1항 이외에 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 선천성 뇌질환
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 담보에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-5. 16대질병수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 16대질병수술비보장 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「16대질병」으로 진단확정되고 그 「16대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 담보의 보험가입금액을 16대질병 수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(16대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 담보의 「16대질병」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「16대질병」으로 분류되는 질병(【별표-질병5(16대질병 분류표)】참조)으로 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.
- ② 「16대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「16대질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 「16대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을

뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-6. 시청각질환수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 시청각질환수술비보장 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「시청각질환」으로 진단확정되고 그 「시청각질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 담보의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(시청각질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 담보의 「시청각질환」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「시청각질환」으로 분류되는 질병(【별표-질병6(시청각질환 분류표)】참조)을 말합니다.
- ② 「시청각질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「시청각질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 「시청각질환」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-7. 충수염수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 충수염수술비보장 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「충수염(맹장염)」으로 진단확정되고 그 「충수염(맹장염)」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 수술 1회에 한하여 이 담보의 보험가입금액을 충수염수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(충수염의 정의 및 진단확정)

- ① 이 담보의 「충수염(맹장염)」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「충수염(맹장염)」으로 분류되는 질병(【별표-질병7(충수염(맹장염) 분류표】 참조)을 말합니다.
- ② 「충수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「충수염(맹장염)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 「충수염(맹장염)」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

3-8. 특정전염병치료비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 특정전염병치료비보장 담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 【별표-질병8(특정전염병 분류표)】에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 담보의 보험가입금액을 특정전염병치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

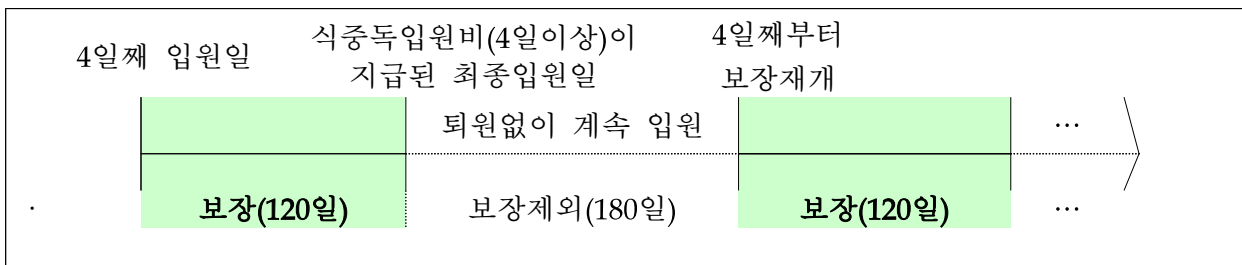
3-9. 식중독입원비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 식중독입원비보장담보의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 음식물의 섭취로 인한 중독(이하 「식중독」이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 **4일 이상 계속 입원하여** 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 담보의 보험가입금액을 식중독입원비로 지급합니다. **다만, 식중독입원비 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.**

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 「식중독」이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로서 **【별표-질병9(식중독 분류표)】**에 해당하는 질병으로 분류되는 경우에 한합니다.
- ⑥ **피보험자(보험대상자)가 동일한 「식중독」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다.**
다만, 식중독입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 이 담보에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 식중독으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자(보험대상자)가 「식중독」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 식중독입원비를 계속 보상하여 드립니다.

⑨ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 식중독입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)

이 담보에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

제4절 상해·질병관련 담보조항

4-1. 깁스치료비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)를 직접적인 원인으로 「깁스(Cast)치료」를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 담보의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급하여 드립니다.

제3조(깁스(cast)치료의 정의)

- ① 이 담보에 있어서 「깁스(Cast)치료」이라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다.
- ② 위 제1항에서 「부목(Splint cast) 치료」란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

4.2. 5대장기이식수술비

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 「5대장기이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 담보의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(5대장기이식수술의 정의)

이 담보에 있어서 「5대장기」라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「5대장기이식」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 「5대장기이식」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나

약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

4.3. 각막이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 「이 계약의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 진단확정된 질병 또는 상해(「보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다. 이하 같습니다)로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 「각막이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 담보에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1절 일반조항 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(각막이식수술의 정의)

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

제4조(수술의 정의와 장소)

이 담보에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「각막이식」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 「각막이식」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받는 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 담보에서 정하지 아니한 사항은 『제1절 일반조항』을 따릅니다.

무배당 채움안심보장보험 특별약관

실손의료비(갱신형)보장 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 자동갱신 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)은 제2종 **자녀의료플랜** 제2절 실손의료비(갱신형) 보장의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

제2조(실손의료비(갱신형)보장의 자동갱신)

① 다음 각호의 조건을 충족하고, 보장이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 실손의료비(갱신형)보장(이하 「갱신전 보장」 이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」 이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 실손의료비(갱신형)보장 담보(이하 「갱신보장」 이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 보장의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

② 갱신보장의 보험기간은 갱신전 보장의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말 합니다)까지의 기간이 갱신전 보장계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제3조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신담보에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신보장에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제2조(실손의료비(갱신형)보장의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내 하여 드립니다.

제4조(갱신보장 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 보장의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입 하지 아니한 때에는 갱신보장의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신보장의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 보장은 해제되는 것으로 봅니다.

② 제1항에서 정한 기간(갱신보장의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신보장의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급 할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(실손의료비(갱신형)보장의 보장개시)

제2조(실손의료비(갱신형)보장의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장의 보장개시

는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체된 보험료의 적용)

제2종 **자녀의료플랜 제1절 일반조항** 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))제1항에서 정한 연체된 보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 보험료를 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제2종 **자녀의료플랜 제1절 일반조항** 및 제2절 실손의료비(갱신형) 보장을 따릅니다.

실손의료보장 무사고자 할인 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)

이 특별약관은 2011년 4월 1일 이후부터 갱신이 도래되는 실손의료비(갱신행)보장이 부가된 보험계약(이하 「실손의료 보험계약」 이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(갱신보험료 할인대상 및 갱신보험료 할인)

① 회사는 각각의 실손의료비(갱신행)보장이 일정기간(이하 「무사고 판정 대상기간」 이라 합니다) 동안 보험금을 지급받지 않고, 동일한 보장내용으로 갱신되는 보장(이하 「갱신보험료 할인대상 보장」 이라 하며, 다수의 피보험자(보험계약자)로 구성된 계약의 경우 피보험자(보험계약자) 각각의 보장을 말합니다)인 경우 「할인적용기간」 동안 매회 납입할 각각의 갱신보험료 할인대상 보장에 대한 보장보험료의 10%(이하 「할인금액」 이라 합니다)를 할인하여 드립니다. 다만, 갱신보험료 할인대상 보장 및 갱신보험료 할인은 매 갱신시마다 재산정합니다.

【보험료 할인대상 예시】

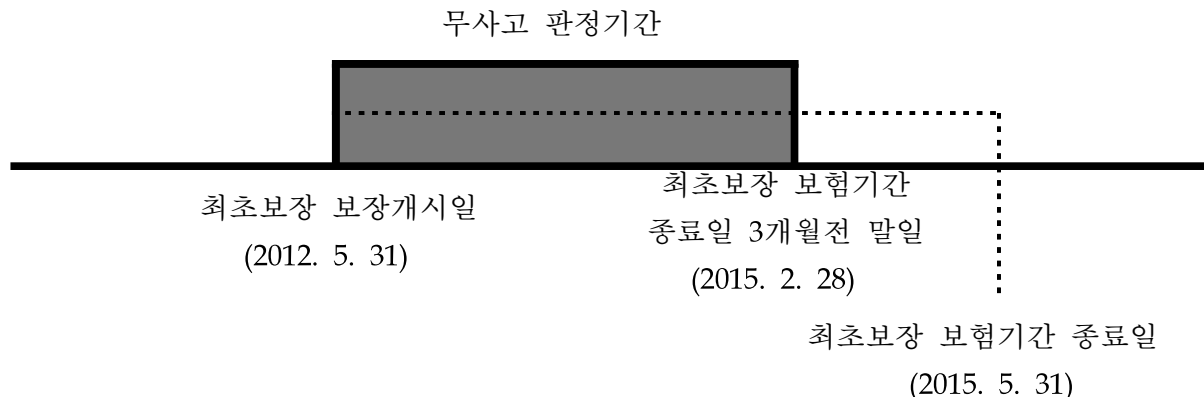
구분		판정기간내 보험금 지급여부	갱신전후 동일보장내용여부	갱신보험료 할인여부
상해	입원의료비	미지급	동일	할인
	통원의료비	지급	동일하지 않음	X
질병	입원의료비	미지급	동일하지 않음	X
	통원의료비	지급	동일	X

주) 통원의료비의 경우, 외래 및 처방조제 등으로 보장내용이 구분된 경우 각각 적용합니다.

② 제1항의 「무사고 판정 대상기간」 이라 함은 갱신보장 보장개시일이 속한 달의 2개월전 1일부터 갱신보장의 보험기간 종료일이 속한 달의 3개월전 말일까지의 기간으로 합니다. 다만, 최초갱신의 경우 최초계약 보장개시일부터 최초계약의 보험기간 종료일이 속한 달의 3개월전 말일까지의 기간으로 합니다.

【무사고 판정기간(3년갱신 기준) 예시】

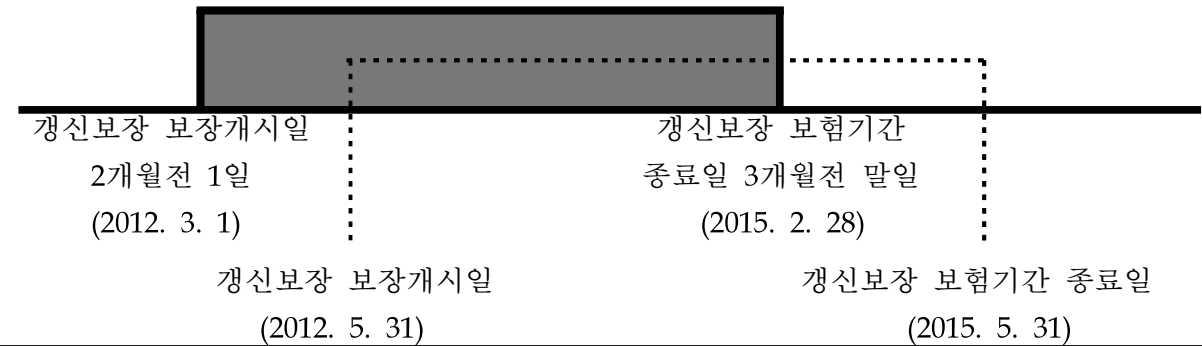
1. 최초 갱신의 경우



【무사고 판정기간(3년갱신 기준) 예시】

2. 2회차 이후 갱신의 경우

무사고 판정기간



③ 제1항의 「할인적용기간」은 갱신된 갱신보험료 할인대상 보장의 보장개시일부터 해당 갱신보장 보험기간 종료일까지로 합니다.

④ 제1항에도 불구하고, 할인금액 합계액이 실손의료 보험계약의 보험료 납입시점 보험료에 부가된 예정사업비를 초과하는 경우 그 예정사업비를 한도로 보험료를 할인하여 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 제1종 상해플랜, 제2종 자녀의료플랜 및 제3종 자녀건강플랜의 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에서 「이륜자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차(이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차와 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59kW 미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 제1종 상해플랜, 제2종 자녀의료플랜 및 제3종 자녀건강플랜의 제12조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 지정 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에는 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 지정 금융기관 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 제1종 상해플랜, 제2종 자녀의료플랜 및 제3종 자녀건강플랜의 제1정 일반조항 제1조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자. 이하 「보험수익자(보험금을 받는자)」라 합니다)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권(보험가입증서)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자(보험대상자)의 인감증명서
5. 피보험자(보험대상자) 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

【별표-상해1】

장해분류표

① 총칙

1. 장해의 정의

- 1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해 지급률로 **정한다.**

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 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 더하지 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 간병여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) " " 0.06 "	25
5) " " 0.1 "	15
6) " " 0.2 "	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) "안구의 뚜렷한 운동장애"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) "안구의 뚜렷한 조절기능장애"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) "시야가 좁아진 때" 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막 (검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면"약간

의 추상(추한 모습)"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 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

- 1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.

- 5) "말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) "말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) "말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 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 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) "추상(추한 모습)장애"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1 1/2 이상 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 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 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 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 뚜렷한 운동장애
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
 - 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 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 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20°이상인 경우
- "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20°이상인 경우를 말한다.
- 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장애 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
 - 나) "심한 장애"라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
 - 다) "뚜렷한 장애"라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) "약간의 장애"라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 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 부정 유합된 각 변형이 15°이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.

- 3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 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 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
 - 다) "뚜렷한 장애"라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) "약간의 장애"라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 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 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리과 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 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 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락 마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락 마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 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 기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 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 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우"<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표"에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계 · 정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금 상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① "신경계에 장애를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임> 일상생활 기본동작(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 인하여 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 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는"<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 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 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① "치매"라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

- ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상 의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작

이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지 할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표-상해2】

골절(치아파절 제외)분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-상해3】

골절 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-상해4】

화상 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 화상으로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-상해5】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목		분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-질병1】

악성신생물(암) 분류표

한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 피부의 기타 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증다증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

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

【별표-질병2】

제자리신생물 분류표

한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-질병3】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 경계성 종양으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-질병4】

5대고액치료비암 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 5대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 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 백혈성	C95
- 림프, 조혈 · 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-질병5】

16대질병 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 16대질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목		분류번호
당뇨병	당뇨병	E10~E14
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
고혈압	고혈압 질환	I10~I15
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 감염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
위·십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성궤양	K27
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하기도 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성기관지염	J41
	상세불명의 만성기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46

분 류 항 목		분류번호
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
백내장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타장애	H27
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결핵	결핵	A15~A19
	결핵의 후유증	B90
신부전	신부전	N17~N19
생식기질환	남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
	여성 골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
	여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관유산자 제외)	N80~N95
	(여성 불임 제외)	
	(인공 수정과 관련된 합병증 제외)	
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-질병6】

시청각질환 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 시청각질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 장애	H00 ~ H06
2. 결막의 장애	H10 ~ H13
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15 ~ H22
4. 수정체의 장애	H25 ~ H28
5. 맥락막 및 망막의 장애	H30 ~ H36
6. 녹내장	H40 ~ H42
7. 유리체 및 안구의 장애	H43 ~ H45
8. 시신경 및 시각로의 장애	H46 ~ H48
9. 안근,양안운동,조절 및 굴절의 장애	H49 ~ H52
10. 시각 장애 및 실명	H53 ~ H54
11. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55 ~ H59
12. 외이의 질환	H60 ~ H62
13. 중이 및 유도의 질환	H65 ~ H75
14. 내이의 질환	H80 ~ H83
15. 귀의 기타 장애	H90 ~ H95

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-질병7】

충수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
충수의 질환	K35~K38

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-질병8】

특정전염병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정전염병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1 ~ A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33 ~ A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진(독일홍역)	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향균인병	A48.1 ~ A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50 ~ B54

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표-질병9】

식중독 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류표에 있어서 식중독으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.