

보 험 약 관

목 차

◆ 무배당퓨처30 ⁺ 슈퍼정기보험.....	1
◆ 무배당재해사망Ⅱ 특약.....	47
◆ 무배당재해상해Ⅱ 특약.....	56
◆ 무배당재해치료비보장특약.....	65
◆ 무배당의료비보장특약(갱신형)[종합형].	76
◆ 무배당의료비보장특약(갱신형)[질병형].	93
◆ 무배당입원특약(갱신형).....	111
◆ 무배당신암진단특약(갱신형).....	122
◆ 무배당암치료비특약(갱신형).....	139
◆ 무배당특정질병진단특약(갱신형).....	153
◆ 무배당특정질병입원특약(갱신형).....	169
◆ 무배당특정질병수술보장특약(갱신형)..	189
◆ 무배당신건강우대특약.....	210
◆ 무배당비흡연자할인특약.....	215
◆ 특별조건부특약.....	220
◆ 특별조건부인수특약.....	226
◆ 선지급서비스특약.....	235
◆ 사후정리특약.....	243
◆ 삼성단체취급특약.....	249

무배당퓨처30⁺슈퍼정기보험
약관

보통보험약관 목차

제1관 보험계약의 성립과 유지..... 4

- 제 1조 【보험계약의 성립】
- 제 2조 【청약의 철회】
- 제 3조 【약관교부 및 설명의무 등】
- 제 4조 【계약의 무효】
- 제 5조 【계약내용의 변경】
- 제 6조 【종신보험으로의 전환】
- 제 7조 【계약자의 임의해지】
- 제 8조 【계약의 소멸】
- 제 9조 【보험나이】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)..... 8

- 제10조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】
- 제11조 【제2회 이후 보험료의 납입】
- 제12조 【보험료의 자동대출납입】
- 제13조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】
- 제14조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)..... 11

- 제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제17조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
- 제18조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
- 제19조 【해약환급금】
- 제20조 【배당금의 지급】
- 제21조 【소멸시효】

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등. 14

- 제22조 【계약전 알릴 의무】
- 제23조 【계약전 알릴 의무 위반의 효과】
- 제24조 【계약취소권의 행사제한】

제5관 보험금 지급 등의 절차..... 16

- 제 25조 【주소변경통지】
- 제 26조 【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
- 제 27조 【대표자의 지정】
- 제 28조 【보험금 지급사유의 발생통지】
- 제 29조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제 30조 【보험금 등의 지급】
- 제 31조 【보험금 받는 방법의 변경】
- 제 32조 【계약내용의 교환】
- 제 33조 【보험계약대출】

제6관 분쟁조정 등..... 20

- 제 34조 【분쟁의 조정】
- 제 35조 【관할법원】
- 제 36조 【약관의 해석】
- 제 37조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
- 제 38조 【회사의 손해배상책임】
- 제 39조 【준거법】
- 제 40조 【예금보험에 의한 지급보장】

보 통 보 험 약 관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어 집니다.(이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 회사는 보험대상자(피보험자)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 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산

한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조 【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요 내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 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 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

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

인인 계약일 경우

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

제4조 【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금의 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제5조 【계약내용의 변경】

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제1항 제5호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의

서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조 【종신보험으로의 전환】

- ① 계약자는 보험기간이 만료되기 전 보험대상자(피보험자)가 보험가입자격자인지 여부에 관계없이 이 계약을 종신보험으로 변경(이하 “전환”이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 전환후 계약의 보험가입금액은 전환전 계약의 전환당시 사망보험금을 한도로 합니다.
- ② 제1항에 불구하고 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 이 계약을 전환할 수 없습니다.
 1. 보험대상자(피보험자)의 나이가 전환일 현재 55세를 초과하는 경우
 2. 계약의 보험기간이 5년 미만인 경우
 3. 계약의 보험기간이 15년 이하인 경우는 보험기간 만료전 5년 이내, 계약의 보험기간이 15년 초과인 경우는 보험기간 만료전 7년 이내인 경우
- ③ 이 계약의 보험료 납입이 면제되었더라도 이 계약을 전환할 경우에는 회사는 전환후 계약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ④ 전환후 계약의 보험료는 전환일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산합니다.
- ⑤ 전환후 계약은 전환후 계약의 전환당시 약관 및 보험료율이 적용됩니다.

제7조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조 【계약의 소멸】

보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제9조 【보험나이】

- ① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때, 다만 계약자의 귀책사유로 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 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 1. 제23조(계약전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제22조(계약전 알릴 의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제11조 【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(우체국포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제12조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제13조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지]에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제19조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지】

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝

나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 다시 교부한 날부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함]에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제14조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제13조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 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 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항, 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제22

조(계약전 알릴 의무), 제23조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제24조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우: 만기급여금 [만기환급형에 한함]
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 된 경우: 사망보험금

제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상이며 80%미만인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 만기환급형의 경우 제1항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 경우에는 보험기간 만료시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 만기급여금을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.
- ③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분

명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

④ 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분

류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 계약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제17조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나, 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우
그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제18조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 보험금의 지급사유가 발생하였을 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급하며, 보험료의 납입을 면제하지 아니합니다.

제19조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제21조 【소멸시효】

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제22조 【계약전 알릴 의무】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 그러나 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.

제23조 【계약전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제 22조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때[계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외]
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴 의무 위반 사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당하는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약 환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제22조(계약전 알릴 의무)의 계약전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤

음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제24조 【계약취소권의 행사제한】

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제25조 【주소변경통지】

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제26조 【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제1호의 경우는 계약자로 하고 제2호의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제27조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2

인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력을 미칩니다.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대(連帶)로 합니다.

제28조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제29조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제30조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제29조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해

약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제23조(계약전 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 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “제3의 의사”는 의료법에서 정하는 종합병원에 소속된 의사 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

④ 회사는 제15조(보험금 종류 및 지급사유) 제1호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 알려 드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)와 같습니다.

⑤ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급 예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급 할 수 있습니다.

제31조 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자[보험금 지급사유 발생후에는 보험금을 받는 자(보험수익자)]는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

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

제32조 【계약내용의 교환】

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조(개인신용정보의제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제33조 【보험계약대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 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 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.

③ 회사는 제13조[보험료의 납입연체시 납입최고(독

축)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제34조 【분쟁의 조정】

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

제35조 【관할법원】

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

제36조 【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.

제37조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함)제작의 보험안내자료(계약의 청약권을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제38조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제39조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제40조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표 1)

보험금지급기준표

(1) 만기급여금(약관 제15조 제1호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때 까지 살아 있을 경우 【만기환급형에 한함】
지급 금액	• 1종 : 이미 납입한 보험료의 100% • 2종 : 이미 납입한 보험료의 70%

(주) 순수보장형은 만기급여금이 지급되지 않습니다.

(2) 사망보험금(약관 제15조 제2호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 「사망 하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장 해상태」가 된 경우
지급 금액	보험가입금액의 100%

(주) 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장애
분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이
외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애
지급률이 50%이상이며 80%미만인 장애상태가 되었
을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여
드립니다.

(별표2)

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병사인분류 상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고[단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

장 해 분 류 표

□ 총 칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”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 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유 시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어 먹거나 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 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 장애에 해당하거나, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을

상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.

- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 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 외상 후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양

안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.

- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상
의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의
감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시
야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의
결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전
히 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 불가피
한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이
경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에
의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상
(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면
“약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우
에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한
것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다.
다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가
방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB :
decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후

순음평균역치에 따라 적용한다.

- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력 검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- 1) “컷바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 컷바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 컷바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 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, 후각감되는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어 먹거나 말하는 기능의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어 먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어 먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어 먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어 먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어 먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어 먹는 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) 씹어 먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어 먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어 먹는 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, ㅋ, ㆁ)
 - 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) 유상치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장치치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 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 1/2 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

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.

- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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 2마디 이상 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 보조검사서 이상ی 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 수술 여부에 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

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- 2) “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 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) “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 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정에는 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위

의 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 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 팔의 3대 관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 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 치유후의 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) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관

절의 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(관절 굳음) 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 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈 중 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 이용되는 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 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절 중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때 (1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (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. 그중 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 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈 조각이 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 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락 마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(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 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는

대상이 되지 않는다.

- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능 영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 한 쪽의 신장 및 한 쪽의 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 “<불임> 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 감금상태에서 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 기본적인 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 “<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대

- 상이 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 단기 간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위 내에서 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
 - 감정주의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
 - ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
 - ⑦ 외상 후 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 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 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 뇌파이상을 나타내는 뇌질 환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작 시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 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 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖에 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걸지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 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%)

유형	제한정도에 따른 지급률
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기 위에 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 대소변 후 뒤통리에 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 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕 시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

(신체부위의 설명도)

(별 표4)

보험금 등 지급시의 적립이율 계산(제30조 제4항 관련)

구 분		적립 기 간	적 립 이 율
만기급여금 (제15조 제1호)	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
사망보험금 (제15조 제2호)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제19조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효(제21조)가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무 배 당 재 해 사 망 II 특 약 관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당재해사망Ⅱ특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계

약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에

게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시

일은 제2조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해분류표(별표1 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망하거나 장해분류표(별표2 참조)중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 특약보험가입금액의 100%를 재해사망보험금으로 지급합니다.

제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우[단, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때에는 사망한 것으로 보고, 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 경우 해당보험금을 지급합니다.
- ③ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한

재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제12조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나, 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 특약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 특약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]로부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경

- 우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우, 그러나 그 보험금을 받는자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우.
- ② 제1항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제13조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고 증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

③ 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항

제16조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1) 재해분류표

무배당퓨처30'슈퍼정기보험 약관의
(별표2)와 동일

(별표2) 장해분류표

무배당퓨처30'슈퍼정기보험 약관의
(별표3)과 동일

무 배 당 재 해 상 해 II 특 약 관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당재해상해Ⅱ특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또

는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가

입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제2조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 장해분류표(별표3 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 재해장해급여금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑤ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑥ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑩ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑪ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차**제13조 【보험금 등 청구시 구비서류】**

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(장해진단서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.
- ③ 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은

주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항

제15조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

- 재해장해급여금 (약관 제10조)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 장해분류표(별표3 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급 금액	특약보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

(별표2) 재해분류표

무배당퓨처30⁺슈퍼정기보험 약관의
(별표2)와 동일

(별표3) 장해분류표

무배당퓨처30⁺슈퍼정기보험 약관의
(별표3)과 동일

무배당재해치료비보장특약관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형, 자녀형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당재해치료비보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험

자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]중 특약체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제15조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금지급사유가

발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라

주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제2조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【두부(頭部) 또는 안면부(顔面部)의 “현저한 추상” 및 “추상”의 정의】

① 이 특약에서 두부 또는 안면부의 “현저한 추상”이라 함은 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm 이상 또는 직경 5cm 이상의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 두부 또는 안면부의 “추상”이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 5cm 이상 10cm 미만 또는 직경 2cm 이상 5cm 미만의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

제11조 【“재해골절”의 정의】

이 특약에서 “재해골절”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 재해골절(치아파절 제외)분류표(별표3 참조)에서 정한 골절을 말합니다.

제12조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 드립니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중

- 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 제10조(두부 또는 안면부의 “현저한 추상” 및 “추상”의 정의)에서 정한 “현저한 추상” 또는 “추상”을 남기는 상태가 되었을 때 : 재해성형위로금
2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 제11조(“재해골절”의 정의)에서 정한 “재해골절” 상태가 되었을 때 : 재해골절급여금

제13조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 추상반흔 또는 조직함몰이 되어 그 상태가 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
- ③ 제2항에 의하여 보험금 지급여부를 결정하였으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
- ④ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 두 가지 이상의 추상 또는 현저한 추상을 입었을 경우 하나의 보험사고로 보고 그 상태를 기준으로 재해성형위로금을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
- ⑤ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 다른 재해로 인하여 추상 또는 현저한 추상이 2회 이상 발생하였을 경우에는 각각 다른 보험사고로 보고 그 때마다 이에 해당하는 재해성형위로금을 각각 지급합니다.
- ⑥ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 회사는 보험대상자(피보험자)가 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절급여금은 1회만 지급하며, 의학적 처

치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절급여금을 지급하지 아니합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑧ 이 특약에서 재해 이외의 원인으로 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

제14조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우
그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제15조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제16조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 골절진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제16조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 의하여 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

③ 이 특약에서 지급하는 책임준비금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

④ 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지

급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구 일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급 청구일 다음날로부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율 + 1%

제5관 기타사항

제18조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 재해성형위로금

(약관 제12조 제1호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 “현저 한 추상” 또는 “추상”을 남기었을 때
지급 금액	- 현저한 추상 : 특약보험가입금액의 30% - 추상 : 특약보험가입금액의 20%

2. 재해골절급여금

(약관 제12조 제2호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 재해골절상태가 되었을 때
지급 금액	재해골절 발생1회당 특약보험가입금액의 3% [단, 동일재해로 2가지 이상의 골절(복합골절) 시 1회만 지급함]

(별표2) 재해분류표

무배당퓨처30⁺슈퍼정기보험 약관의
(별표2)와 동일

(별표3)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

대상이 되는 “재해골절(치아파절 제외)”로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1.머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2.목의 골절	S12
3.갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
4.허리뼈 및 골반의 골절	S32
5.어깨 및 팔죽지의 골절	S42
6.아래팔의 골절	S52
7.손목 및 손부위에서의 골절	S62
8.넙적다리뼈의 골절	S72
9.발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10.발목을 제외한 발의 골절	S92
11.다발성 신체부위의 골절	T02
12.상세불명 부위의 척추의 골절	T08
13.상세불명 부위의 팔 골절	T10
14.상세불명 부위의 다리 골절	T12
15.상세불명 신체부위의 골절	T14.2

(주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무배당의료비보장특약(갱신형) 약관 [종합형]

※ 이 특약은 본인형, 배우자형, 자녀형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관 내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당의료비보장특약(갱신형) 약관 [종합형]

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지, 무효, 취소 된 경우 또는 주계약의 보험대상자(피보험자)[단, 주계약이 연생보험일 경우는 주계약의 주피보험자]가 사망하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우
- ③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제5조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ④ 이 특약은 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입이 거절될 수 있으며, 이러한 경우 보험대상자(피보험자)가 청약을 하고 청약을 거절하기 전에 보험금 지급사유가 발생하고 그 보험금 지급사유가 보험가입이 거절되는 직업 또는 직종과 인과관계가 있는 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전

계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 국민건강보험법에 의한 건강보험의 가입자 또는 피부양자로서 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
3. 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함] 중 특약 체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자

격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다. 단, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않고 보험료납입주기만 일시납으로 변경하여 드립니다. 이 경우 계약자는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 금액을 납입하여야 합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간(연금보험의 경우에는 제1보험기간, 이하 같습니다) 종료일로 합니다. 다만, 본인형 및 배우자형에서 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 27세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료

- 일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험료율을 적용하며, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 의료수가의 변동 및 국민건강보험 관련 법규의 개정 등을 고려하여 이 특약의 내용중 금융위원회의 승인을 얻은 사항에 대하여 갱신시 변경하여 적용할 수 있습니다.
- ⑥ 제4항 및 제5항에 따라 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면으로 안내하여 드립니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제5조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가서에

회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제9조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는, 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해를 직접적인 목적으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외)(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 【“통원” 및 “처방조제”의 정의와 장소】

이 특약에 있어 “통원”과 “처방조제”라 함은 의사 및 약사법 제2조 제2항 규정에 의한 약사의 자격을 가진 자(이하 “약사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해를 직접목적으로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 다음과 같이 구분합니다.

1. 통원 : 병원에 입원하지 아니하고 병원에 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2. 처방조제 : 제1호(통원)로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 병원 및 약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소(이하 “약국”라 합니다)의 약사가 조제하는 것을 말합니다.

제13조 【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】

① 이 특약에서 “실손의료비”라 함은 입원, 통원 또는 처방조제로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제3호를 합한 금액으로 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.

1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 “요양급여”라 함) 중 본인부담금
2. 요양급여부분에 해당되지 않는 의료비
3. 의사의 처방전에 의한 약국 조제료 및 약제비로서 제1호 및 제2호에 해당하는 의료비

② 제1항에도 불구하고 “보상대상의료비”란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.

1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
2. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
3. 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 경우를 치료하기 위한 의료비가. 비만(E66)
나. 정신 및 행동장애(F00 ~ F99)
다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환(별표2 참조)
라. 여성생식기 비염증성 장애(별표3 참조)
마. 임신, 출산 및 산후기(000 ~ 099)
바. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00 ~ Q99)
사. 생식과 관련된 상황에서 보건서비스와 접하고 있는 사람(Z30 ~ Z39)
4. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
나. 발기부전·불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등

5. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
6. 질병 또는 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
7. 보험대상자(피보험자)의 자해, 자살미수, 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)
8. 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프랙틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
9. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
 - 가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
 - 나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 인간 면역바이러스(HIV)감염으로 인한 경우(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 - 다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보

협수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때 그 금액의 80% [단, 입원하여 발생한 보상대상의료비의 병실료 중 요양급여부분에 해당되지 않는 병실료는 「실제입원병실과 해당 요양기관의 급여 대상 기준병실의 병실료를 뺀 차액(이하 “상급병실차액”이라 합니다.)」의 50%를 지급하며, 이 경우 1일 평균 8만원을 한도로 합니다] : 입원의료비보상책임액(단, 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 합니다)
2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 80% : 통원의료비보상책임액(단, 통원 1회당 10만원, 연간 180회를 한도로 합니다.)
3. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 처방전당 3,000원을 공제한 금액의 80% : 처방조제비보상책임액(단, 처방전당 5만원, 연간 180회를 한도로 합니다.)

(이하 “입원의료비보상책임액”, “통원의료비보상책임액” 및 “처방조제비보상책임액”을 합하여 “보상책임액”이라 합니다.)

② 제1항 각 호에서 “1일 평균”, “통원 1회당” 및 “처방전당”의 의미는 다음과 같습니다.

1. 제1항 제1호의 “1일 평균”이라 함은 입원기간동안 발생한 총 상급병실차액의 50%를 입원일수로 나눈 금액을 말합니다.
2. 제1항 제2호의 “통원 1회당”이라 함은 보험대상자(피보험자)가 통원으로 인한 진찰료 발생 1회를 기준으로 하며, 해당 진료로 인하여 발생한 모든 치료를 포함합니다.
3. 제1항 제3호의 “처방전당”이라 함은 보험대상자(피보험자)가 처방조제 기준에 의하여 발생한 처방전 1건을 말합니다.

제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ② 이 특약에서 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ③ 입원의료비보상책임액의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비보상책임액을 기준으로 적용합니다.
- ④ 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액은 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
- ⑤ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원, 통원 또는 처방조제 기간 중 의사 또는 약사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 보상책임액의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 특약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
- ⑦ 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제1항 및 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 입원, 통원 또는 처방조제로 인하여 실제로 병원 또는 약국에 부담한 의료비중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비(단, 통원 및 처방조제의 경우는 공제금액을 차감)의 32% 해당액을 지급합니다. 이 경우 보상에

서 제외되는 의료비, 공제금액 및 지급한도 등에 대해서는 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제2항, 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제6항의 규정을 준용합니다.

1. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지 되었을 경우

제16조 【다수보험의 처리】

- ① 다수보험이라 함은 의료비를 실손 보상하는 보험계약이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말합니다.
- ② 제1항에서 다수보험 계약에 해당되는 보험종목은 제3보험(생손보)의 상해, 질병, 간병보험 및 손해보험의 종합, 장기손해, 개인연금, 퇴직보험(특약포함)으로 하며 이하 “다수보험 계약”이란 이러한 보험종목을 말합니다.
- ③ 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제5항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ④ 비례분담 하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고 한도로 합니다.
- ⑤ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 통원, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액

= 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액

$$\times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제17조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비 계산서(통원의료비보상책임액의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등]
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조 제3항에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로

합니다.

③ 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급 청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

1. 입원의료비보상책임액

(약관 제14조 제1항 제1호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직 접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생 하였을 때
지급 금액	입원하여 발생한 보상대상의료비의 80% (상급병실차액의 경우는 50%) 단, 상급병실차액의 50%는 1일 평균 8만원을 한도로 하며, 입원의료비보상책임액은 합산 하여 연간 3,000만원을 한도로 함

2. 통원의료비보상책임액

(약관 제14조 제1항 제2호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직 접목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 80% 단, 통원 1회당 10만원, 연간 180회를 한도 로 함

3. 처방조제비보상책임액

(약관 제14조 제1항 제3호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직 접목적으로 처방조제에 의한 보상대상의료비 가 발생하였을 때
지급 금액	처방전당 3,000원을 공제한 금액의 80% 단, 처방전당 5만원, 연간 180회를 한도로 함

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
2. 각 보상대상의료비에 대하여 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관 제16조(다수보험의 처리)에 의한 금액을 보상책임액으로 지급합니다.
3. 입원의료비보상책임액의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비보상책임액을 기준으로 적용합니다.

(별표2)

비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환

대 상 질 병 명	분류번호
○ 비뇨기계 장애	
- 비뇨기계통의 기타장애	N39
- 상세불명의 요실금	R32
○ 직장 또는 항문 관련 질환	
- 치질	I84
- 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)	K60
- 항문 및 직장부의 고름집(농양)	K61
- 항문 및 직장의 기타 질환	K62

(별표3)

여성생식기 비염증성 장애

대 상 질 병 명	분류번호
- 습관성 유산자	N96
- 여성 불임증	N97
- 인공 수정과 관련된 합병증	N98

무배당의료비보장특약(갱신형) 약 관 [질 병 형]

※ 이 특약은 본인형, 배우자형, 자녀형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관 내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당의료비보장특약(갱신형) 약관 [질병형]

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우 또는 주계약의 보험대상자(피보험자)[단, 주계약이 연생보험일 경우는 주계약의 주피보험자]가 사망하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우

2. 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우

③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제5조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

④ 이 특약은 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입이 거절될 수 있으며, 이러한 경우 보험대상자(피보험자)가 청약을 하고 청약을 거절하기 전에 보험금 지급사유가 발생하고 그 보험금 지급사유가 보험가입이 거절되는 직업 또는 직종과 인과관계가 있는 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경

우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 국민건강보험법에 의한 건강보험의 가입자 또는 피부양자로서 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
3. 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함] 중 특약 체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가

이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다. 단, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않고 보험료납입주기만 일시납으로 변경하여 드립니다. 이 경우 계약자는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 금액을 납입하여야 합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간(연금보험의 경우에는 제1보험기간, 이하 같습니다) 종료일로 합니다. 다만, 본인형 및 배우자형에서 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 27세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일

이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험료율을 적용하며, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 회사는 의료수가의 변동 및 국민건강보험 관련 법규의 개정 등을 고려하여 이 특약의 내용중 금융위원회의 승인을 얻은 사항에 대하여 갱신시 변경하여 적용할 수 있습니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따라 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면으로 안내하여 드립니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조 【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제5조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가서에

회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제9조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는, 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병(별표2 “질병분류표”에서 정한 질병을 말하며, 이하 동일합니다)을 직접적인 목적으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외)(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 【“통원” 및 “처방조제”의 정의와 장소】

이 특약에 있어 “통원”과 “처방조제”라 함은 의사 및 약사법 제2조 제2항 규정에 의한 약사의 자격을 가진 자(이하 “약사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병을 직접목적으로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 다음과 같이 구분합니다.

1. 통원 : 병원에 입원하지 아니하고 병원에 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2. 처방조제 : 제1호(통원)로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 병원 및 약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소(이하 “약국”라 합니다)의 약사가 조제하는 것을 말합니다.

제13조 【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】

① 이 특약에서 “실손의료비”라 함은 입원, 통원 또는 처방조제로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제3호를 합한 금액으로 실제로 지불한 의료비를 말합니다.

1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 “요양급여”라 함) 중 본인부담금
2. 요양급여부분에 해당되지 않는 의료비
3. 의사의 처방전에 의한 약국 조제료 및 약제비로서 제1호 및 제2호에 해당하는 의료비

② 제1항에도 불구하고 “보상대상의료비”란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.

1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
2. 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
3. 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 경우를 치료하기 위한 의료비가. 비만(E66)
나. 정신 및 행동장애(F00 ~ F99)
다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환(별표3 참조)
라. 여성생식기 비염증성 장애(별표4 참조)
마. 임신, 출산 및 산후기(000 ~ 099)
바. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00 ~ Q99)
사. 생식과 관련된 상황에서 보건서비스와 접하고 있는 사람(Z30 ~ Z39)
4. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
나. 발기부전·불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
5. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
6. 질병을 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
7. 보험대상자(피보험자)의 자해, 자살미수, 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)
8. 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재 되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프랙틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
9. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
- 가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
 - 나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 인간 면역바이러스(HIV)감염으로 인한 경우(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 - 다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때 그 금액의 80% [단, 입원하여 발생한 보상대상의료비의 병실료 중 요양급여부분에 해당되지 않는 병실료는 「실제입원병실과 해당 요양기관의 급여대상 기준병실의 병실료를 뺀 차액(이하 “상급병실차액”이라 합니다.)」의 50%를 지급하며, 이 경우 1일 평균 8만원을 한도로 합니다] : 입원의료비보상책임액(단, 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 합니다)
2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 80% : 통원의료비보상책임액(단, 통원 1회당 10만원, 연간 180회를 한도로 합니다.)
3. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 처방전당 3,000원을 공제한 금액의 80% : 처방조제비보상책임액(단, 처방전당 5만원, 연간 180회를 한도로 합니다.)

(이하 “입원의료비보상책임액”, “통원의료비보상책임액” 및 “처방조제비보상책임액”을 합하여 “보상책임액”이라 합니다.)

② 제1항 각 호에서 “1일 평균”, “통원 1회당” 및 “처방전당”의 의미는 다음과 같습니다.

1. 제1항 제1호의 “1일 평균”이라 함은 입원기간동안 발생한 총 상급병실차액의 50%를 입원일수로 나눈 금액을 말합니다.
2. 제1항 제2호의 “통원 1회당”이라 함은 보험대상자(피보험자)가 통원으로 인한 진찰료 발생 1회를 기준으로 하며, 해당 진료로 인하여 발생한 모든 치료를 포함합니다.
3. 제1항 제3호의 “처방전당”이라 함은 보험대상자(피보험자)가 처방조제 기준에 의하여 발생한 처방전 1건을 말합니다.

제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ② 이 특약에서 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.
- ③ 입원의료비보상책임액 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비보상책임액을 기준으로 적용합니다.
- ④ 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액은 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우에는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등이 있습니다. 본인부담금 상한제한, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
- ⑤ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원, 통원 또는 처방조제 기간 중 의사 또는 약사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 보상책임액의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 특약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
- ⑦ 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제1항 및 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 입원, 통원 또는 처방조제로 인하여 실제로 병원 또는 약국에 부담한 의료비중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비(단, 통원 및 처방조제의 경우는 공제금액을 차감)의 32% 해당액을 지급합니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비, 공제금액 및 지급한도 등에 대해서는 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제2항, 제14조(보험금의 종류

및 지급사유) 및 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제6항의 규정을 준용합니다.

1. 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지 되었을 경우

제16조 【다수보험의 처리】

- ① 다수보험이라 함은 의료비를 실손 보상하는 보험계약이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말합니다.
- ② 제1항에서 다수보험 계약에 해당되는 보험종목은 제3보험(생손보)의 상해, 질병, 간병보험 및 손해보험의 중합, 장기손해, 개인연금, 퇴직보험(특약포함)으로 하며 이하 “다수보험 계약”이란 이러한 보험종목을 말합니다.
- ③ 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제5항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ④ 비례분담 하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고 한도로 합니다.
- ⑤ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 통원, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\begin{aligned} & \text{각 계약별 비례분담액} \\ &= \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \\ & \quad \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}} \end{aligned}$$

제17조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는

해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비보상책임액의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조 제3항에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

③ 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각

호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급 청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 입원의료비보상책임액

(약관 제14조 제1항 제1호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	입원하여 발생한 보상대상의료비의 80% (상급병실차액의 경우는 50%) 단, 상급병실차액의 50%는 1일 평균 8만원을 한도로 하며, 입원의료비보상책임액은 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 함

2. 통원의료비보상책임액

(약관 제14조 제1항 제2호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 80% 단, 통원 1회당 10만원, 연간 180회를 한도로 함

3. 처방조제비보상책임액

(약관 제14조 제1항 제3호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	처방전당 3,000원을 공제한 금액의 80% 단, 처방전당 5만원, 연간 180회를 한도로 함

- (주) 1.보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- 2.각 보상대상의료비에 대하여 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관 제16조(다수보험의 처리)에 의한 금액을 보상책임액으로 지급합니다.
- 3.입원의료비보상책임액의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비보상책임액을 기준으로 적용합니다.

(별표2)

질 병 분 류 표

1. 보장대상이 되는 질병
다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
 - 한국표준질병사인분류상의 (A00~R99, U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병
 2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병
다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
 - ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
 - ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
 - ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
 - ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
 - ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임 수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
 - ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우
- (주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3) 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환

무배당의료비보장특약(갱신형)약관[종합형]의
(별표2)와 동일

(별표4) 여성생식기 비염증성 장애

무배당의료비보장특약(갱신형)약관[종합형]의
(별표3)과 동일

무 배 당 입 원 특 약
(갱 신 형) 약 관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형, 자녀형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관 내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당입원특약(갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우
- ③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제5조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]중 특약 체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우에는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제14조(해약환급금) 제1항에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간(연금보험의 경우 제1보험기간, 이하 같습니다) 종료일로 합니다. 단, 본인형 및 배우자형에서 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 27세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제14조

(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조 【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제5조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제9조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않

은 경우에는, 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제9조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년(보험기간이 1년인 경우는 6개월) 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 및 재해 분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경

우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 입원급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제13조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ④ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 합산하고 제3항을 적용합니다.
그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑤ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원급여금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을

때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑥ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험 대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제14조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제15조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에 서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

③ 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급 청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항

제17조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

☐ 입원급여금

(약관 제12조)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일 초과 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1% (1회 입원당 120일 한도)

(별표2)

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해 분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

⌞ () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

무 배 당 신 암 진 단 특 약 (갱 신 형) 약 관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당신암진단특약(갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우
- ③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제6조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제12조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 [단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다] 에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약의 무효】

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우

2. 보험대상자(피보험자)가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제12조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정 되는 경우

제5조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.
이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제6조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제10조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간(연금보험의 경우 제1보험기간, 이하 같습니다) 종료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 2. 보험대상자(피보험자)에게 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생한

경우(단, 경계성중양, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 제외)

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험료를 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제7조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제8조 【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제6조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제10조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는, 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제11조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제10조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년(보험기간이 1년인 경우는 6개월)이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며,

이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제12조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상샘암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물)에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병” 및 “전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 이 경우 분류번호 C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물)에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병을 포함합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록

또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(상피내의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되었을 때, 또는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 상피내암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상샘암으로 진단확정 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지

급기준표” 참조)을 암진단급여금으로 지급합니다.
(단, 5가지 분류질병 “암”, “상피내암”, “경계성종양”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”에 대해 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급)

제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 암(상피내암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암 제외)으로 진단확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ④ 보험대상자(피보험자)에게 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단급여금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일부터 지급사유 발생일 사이에 암진단급여금이 지급된 “상피내암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상샘암”과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[해당 질병(암, 상피내암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상샘암)진단서, 진료기록부 등]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

③ 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1년이내의 기간은 예정이율의

- 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급 청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간
: 예정이율+1%

제5관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

□ 암진단급여금

(약관 제15조)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회의 암 진단확정에 한함)
지급 금액	특약보험가입금액의 100% [단, 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일부 터 1년 이내에 "암"으로 인한 암진단급여금의 지급사유가 발생하였을 때 : 특약보험가입금 액의 50%]
지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 경계성종양, 갑상샘암에 대해 각각 1회의 진단확정에 한함)
지급 금액	특약보험가입금액의 30% [단, 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 경계 성종양 또는 갑상샘암으로 인한 암진단급여 금의 지급사유가 발생하였을 때 : 특약보험 가입금액의 15%]
지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 상피내암 또는 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 상피내암, 기타피부암에 대해 각각 1회 의 진단확정에 한함)
지급 금액	특약보험가입금액의 10% [단, 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 상피 내암 또는 기타피부암으로 인한 암진단급여 금의 지급사유가 발생하였을 때 : 특약보험 가입금액의 5%]

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 이내의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신 계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 약관 제12조("암", "기타피부암" 및 "갑상샘암")

의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상샘암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상샘암”으로 보험금 지급 사유 발생시 “기타피부암” 또는 “갑상샘암” 각각에 해당하는 급여금을 지급하고 “암”에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

3. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
4. 보험대상자(피보험자)에게 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암진단급여금의 지급 사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일부터 지급사유 발생일 사이에 암진단 급여금이 지급된 “상피내암, 경계성종양, 기타 피부암 또는 갑상샘암”과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 아니합니다.

(별표2)

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 및 갑상샘암 제외)**

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타부위의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 속발성 및 상세불명부위의 악성신생물 단, 림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물(분류번호C77)중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병은 제외	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식성 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 림프종모양 구진증	L41.2

(주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기

질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44), 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73) 및 「림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물(분류번호 C77)중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(별표3)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

(주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 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 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않는 랑게르한스 세포 조직구증	D76.0

- 주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3)은 「9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물」에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

무 배 당 암 치 료 비 특 약 (갱 신 형) 약 관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당암치료비특약(갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우
- ③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제6조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제12조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 [단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약의 무효】

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 계약일부터 암보장개시

일의 전일 이전에 제12조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정되는 경우

제5조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제6조 【특약의 갱신】

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제10조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간(연금보험의 경우 제1보험기간, 이하 같습니다) 종료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험료를 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계

약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제7조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제8조 【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제6조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제10조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는, 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 달의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제11조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제10조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년(보험기간이 1년인 경우는 6개월)이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제12조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상샘암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C77(림프절의 속발성 및 상세포의 악성신생물)에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병” 및 “전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 이 경우 분류번호 C77(림프절의 속발성 및 상세포의 악성신생물)에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병을 포함합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(상피내의

신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조 【“입원” 및 “통원”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를

직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제16조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금 (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때, 또는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양, 기타 피부암, 갑상샘암 및 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 암입원급여금
2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 통원하였을 때, 또는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암, 및 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 통원하였을 때 : 암통원급여금

제17조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신

전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

④ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 합산하고 제3항을 적용합니다.

그러나 동일한 질병에 의한 입원이라도 암입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑤ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 암입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 암입원급여금을 지급합니다.

⑥ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제18조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제19조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[해당 질병(암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암 및 상피내암)진단서, 해당 질병(암, 상피내암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상샘암)입원증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 해당 질병(암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암 및 상피내암)통원증명서 등]

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고 증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.
- ③ 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항

제21조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 암입원급여금

(약관 제16조 제1호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정 되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.5% (1회 입원당 120일 한도)
지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2% (1회 입원당 120일 한도)

2. 암통원급여금

(약관 제16조 제2호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정 되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 통원하였을때, 또는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 통원하였을 때
지급 금액	1회 통원에 대하여 특약보험가입금액의 0.2%

주) 1. 약관 제12조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상샘암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상샘암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 또는 “갑상샘암” 각각에 해당하는 급여금을 지급하고 “암”에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
3. 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

(별표2) 대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표2)와 동일

(별표3) 상피내의 신생물 분류표

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표3)과 동일

(별표4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표4)와 동일

무 배 당 특 정 질 병 진 단 특 약 (갱 신 형) 약 관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당특정질병진단특약(갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우
- ③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제5조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제11조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 [단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로

보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【특약의 갱신】

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간(연금보험의 경우 제1보험기간, 이하 같습니다) 종료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 보험대상자(피보험자)에게 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생한 경우(단, 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 제외)

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험료를 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에

게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조 【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제5조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제9조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않

은 경우에는, 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제9조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년(보험기간이 1년인 경우는 6개월)이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물 분류표(기

타피부암 및 갑상샘암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물)에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병” 및 “전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 이 경우 분류번호 C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물)에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병을 포함합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(상피내의 신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자

(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표5(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제15조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한

국표준질병사인분류 중 별표6(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장조음과, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제16조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때, 또는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 상피내암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 진단급여금으로 지급합니다.(단, 7가지 분류질병 “암”, “상피내암”, “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상샘암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”에 대해 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급)

제17조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 암(상피내암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암 제외)으로 진단확정되었을 때, 보험료 납입기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중

사망하고 그 후에 암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 경계성종양, 기타피부암, 갑상샘암 또는 상피내암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

④ 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 전에 “암”으로 진단확정되고 그 후에 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 암보장개시일 전에 진단확정된 “암”과 인과관계 있는 경우에 회사는 해당 보험금을 지급하지 아니하며, 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다. 단, 뇌출혈 및 급성심근경색증의 경우에는 그러하지 아니합니다.

⑤ 제4항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑥ 보험대상자(피보험자)에게 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단급여금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일부터 지급사유 발생일 사이에 진단급여금이 지급된 “상피내암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상샘암”과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 아니합니다.

제18조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제19조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

③ 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급 청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율 + 1%

제5관 기타사항

제21조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

□ 진단급여금

(약관 제16조)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회의 진단확정에 한함)
지급 금액	특약보험가입금액의 100% (단, 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일부 터 1년 이내에 “암”으로 인한 진단급여금의 지급사유가 발생하였을 때 : 특약보험가입 금액의 50%)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (단, 뇌출혈 및 급성심근경색 증 각각 1회의 진단확정에 한함)
지급 금액	특약보험가입금액의 100% (단, 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 뇌출 혈 또는 급성심근경색증으로 인한 진단급여금 의 지급사유가 발생하였을 때 : 특약보험가입 금액의 50%)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확 정되었을 때 (단, 경계성종양 및 갑상샘암 각 각 1회의 진단확정에 한함)
지급 금액	특약보험가입금액의 30% (단, 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 경계 성종양 또는 갑상샘암으로 인한 진단급여금의 지급사유가 발생하였을 때 : 특약보험가입 금액의 15%)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 상피내암 또는 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 상피내암 및 기타피부암 각각 1회의 진단확정에 한함)
지급 금액	특약보험가입금액의 10% (단, 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 상피내암 또는 기타피부암으로 인한 진단급여금의 지급사유가 발생하였을 때 : 특약보험가입금액의 5%)

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 이내의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 약관 제11조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상샘암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상샘암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 또는 “갑상샘암” 각각에 해당하는 급여금을 지급하고 “암”에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 보험대상자(피보험자)에게 약관 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단급여금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일부터 지급사유 발생일 사이에 진단급여금이 지급된 “상피내암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상샘암”과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 아니합니다.

(별표2) 대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표2)와 동일

(별표3) 상피내의 신생물 분류표

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표3)과 동일

(별표4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표4)와 동일

(별표5)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
• 거미막밑 출혈	I60
• 뇌내출혈	I61
• 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

㉞ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
• 급성 심근경색증	I21
• 속발성 심근경색증	I22
• 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

㉞ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무 배 당 특 정 질 병 입 원 특 약 (갱 신 형) 약 관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당특정질병입원특약(갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우

③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제5조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)

[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우에는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항의 경우에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간(연금보험의 경우 제1보험기간, 이하 같습니다) 종료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험료율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제5조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는

변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제9조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활

(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년(보험기간이 1년인 경우는 6개월)이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제2조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표1[대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 및 갑상샘암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C77(림프질의 속발성 및 상세포불명의 악성신생물)에 해당하는 질병중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병” 및 “전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 이 경우 분류번호 C77(림프질의 속발성 및 상세포불명의 악성신생물)에 해당하는 질병중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병을 포함합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표2(상피내의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는

치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【“4대성인병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “4대성인병”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4(4대성인병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 4대성인병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제15조 【“5대만성질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “5대만성질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표5(5대만성질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 5대만성질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제16조 【“부인과질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “부인과질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표6(부인과질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 부인과질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제17조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제18조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 다음과 같이 “특정질병입원급여금”을 지급합니다.

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 또는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양, 4대성인병, 5대만성질환, 부인과질환의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 [단, 경계성종양은 보험대상자(피보험자)가 남성인 경우에 한하며, 부인과질환은 보험대상자(피보험자)가 여성인 경우에 한함]	
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 특약보험가입금액의	
	암, 4대성인병	0.5%
	기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양, 5대만성질환, 부인과질환	0.2%
(단, 1회 입원당 120일 한도) [보험대상자(피보험자)가 여성인 경우 부인과 질환에는 경계성종양이 포함되어 있으므로 경계성종양이 보장대상에서 제외되는 것은 아닙니다. 또한 약관 제11조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상샘암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상샘암으로 보험금지급사유 발생시 기타피부암 및 갑상샘암에 해당하는 급여금을 지급하고 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.]		

제19조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보

험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

③ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 특정질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수 계산은 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

④ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 합산하고 제3항을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 의한 입원이라도 특정질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑤ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 특정질병입원급여금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 특정질병입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑥ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 특정질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제20조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제21조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입원증명서, 진료기록부(검사기록지 포함)등]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제22조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제21조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

③ 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항

제23조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1) 대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표2)와 동일

(별표2) 상피내의 신생물 분류표

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표3)과 동일

(별표3) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표4)와 동일

(별표4)

4대성인병 분류표

약관에 규정하는 4대성인병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

	대 상 질 병 명	분류번호
심 질 환	【급성 류마티스 열】	
	·심장 침습이 없는 류마티스 열	I00
	·심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	·류마티스성 무도병	I02
	【만성 류마티스성 심장 질환】	
	·류마티스성 승모판 질환	I05
	·류마티스성 대동맥판 질환	I06
	·류마티스성 삼첨판 질환	I07
	·다발성 판막 질환	I08
	·기타 류마티스성 심장 질환	I09
	【허혈성 심장 질환】	
	·협심증	I20
	·급성 심근경색증	I21
	·속발성 심근경색증	I22
	·급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	·기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	·만성 허혈성 심장 질환	I25
	【폐성 심장 질환 및 폐순환의 질환】	
	·폐 색전증	I26
	·기타 폐성 심장 질환	I27
	·기타 폐혈관의 질환	I28
	【기타 형태의 심장질환】	
	·급성 심장막염	I30
	·기타 심장막의 질환	I31
	·달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	·급성 및 아급성 심내막염	I33
	·비류마티스성 승모판 장애	I34
	·비류마티스성 대동맥판 장애	I35

	대 상 질 병 명	분류번호
심 질 환	【기타 형태의 심장질환】	
	·비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	·폐동맥판 장애	I37
	·상세불명 판막의 심내막염	I38
	·달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	I39
	·급성 심근염	I40
	·달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	·심장근육병증	I42
	·달리 분류된 질환에서의 심장근육병증	I43
	·심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	·기타 전도 장애	I45
	·심장정지	I46
	·발작성 빠른맥	I47
	·심장잔떨림 및 된떨림	I48
	·기타 심장성 부정맥	I49
	·심장기능상실(심부전)	I50
	·심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	·달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	·심장절개후 증후군	I97.0
	·심장수술 후의 기타 기능장애	I97.1
뇌 혈 관 질 환	【대뇌혈관 질환】	
	·거미막밑 출혈	I60
	·뇌내출혈	I61
	·기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	·뇌경색증	I63
	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	·대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전 동맥의 폐색 및 협착	I65
	·대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌 동맥의 폐색 및 협착	I66
	·기타 뇌혈관 질환	I67
	·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	·뇌혈관 질환의 후유증	I69

	대 상 질 병 명	분류번호
만 성 호 흡 기 질 환	·단순성 및 점액농성 만성기관지염	J41
	·상세불명의 만성기관지염	J42
	·급성 악화를 동반한 상세불명의 만성 폐쇄성 폐질환	J44.1
	·기타 명시된 만성 폐쇄성 폐질환	J44.8
	·천식	J45
	·천식지속상태	J46
간 질 환	·바이러스 간염	B15-B19
	·알코올성 간질환	K70
	·독성간질환	K71
	·달리분류되지 않은 간기능상실	K72
	·달리분류되지 않은 만성간염	K73
	·간의섬유증 및 경화	K74
	·기타 염증성 간질환	K75
	·간의 기타질환	K76
	·달리 분류된 질환에서의 간장애 (바이러스성간염, 간육아종)	K77

(주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표5)

5대만성질환 분류표

약관에 규정하는 5대만성질환으로 분류되는 질병은 제 5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

	대상 질병	분류번호
관절염	·화농성 관절염	M00
	·달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염	M01
	·반응성 관절병증	M02
	·달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
	·혈청검사 양성인 류마티스 관절염	M05
	·기타 류마티스 관절염	M06
	·건선성 및 장병증성 관절병증	M07
	·청소년성 관절염	M08
	·달리 분류된 질환에서의 청소년성 관절염	M09
	·기타 결정성 관절병증	M11
	·기타 특정 관절병증	M12
	·기타 관절염	M13
	·달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
	·다발성 관절증	M15
	·영양관절증	M16
	·무릎관절증	M17
	·제1손목허리 관절의 관절증	M18
	·기타 관절증	M19
	·무릎뼈의 장애	M22
	·무릎의 내이상	M23
	·기타 명시된 관절 이상	M24
	·달리 분류되지 않은 기타 관절 장애	M25
	·전신성 홍반성 루푸스	M32
	·피부다발근육염	M33
	·전신 경화증	M34
	·결합조직의 기타 전신성 침습	M35
	·달리 분류된 질환에서의 결합조직의 전신 장애	M36

	대상 질병	분류번호
위궤양 및 십이지장궤양	· 위궤양 · 십이지장궤양 · 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
폐렴	· 달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴 · 폐렴사슬알균에 의한 폐렴 · 헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴 · 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 · 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 · 달리 분류된 질환에서의 폐렴 · 상세불명 병원체의 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18
갑상샘 질환	· 선천성 요오드 결핍 증후군 · 요오드의 결핍과 관련된 갑상샘 장애 및 동류의 병태 · 증임상적인 요오드 결핍성 갑상샘 기능저하증 · 기타 갑상샘 기능저하증 · 기타 비종독성 갑상샘증 · 갑상샘 종독증(갑상샘 기능항진증) · 갑상샘염 · 갑상샘의 기타 장애 · 처치후 갑상샘 기능저하증	E00 E01 E02 E03 E04 E05 E06 E07 E89.0
	· 콩팥(신장)기능상실	N17-N19

(주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

부인과질환 분류표

약관에 규정하는 부인과질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
·양성 유방 형성이상	N60
·유방의 염증성 장애	N61
·유방의 비대	N62
·유방의 상세불명의 소괴	N63
·유방의 기타 장애	N64
·자궁관염 및 난소염	N70
·자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
·자궁목의 염증성 질환	N72
·기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
·달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
·바르톨린샘의 질환	N75
·질 및 외음부의 기타 염증	N76
·달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
·자궁내막증	N80
·여성 생식기 탈출	N81
·여성생식기를 포함한 셋길(누공)	N82
·난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
·여성생식기의 폴립	N84
·경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
·자궁목의 미란 및 외반증	N86
·자궁목의 형성이상	N87

대상질병	분류번호
·자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
·질의 기타 비염증성 장애	N89
·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
·무월경, 소량 및 희발 월경	N91
·과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
·기타 이상 자궁 및 질 출현	N93
·여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
·폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95
·달리 분류되지 않은 비뇨생식기계의 처치후 장애	N99
·양성 신생물	D10-D36
·행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37-D48, D76.0 (D45, D46, D47.1, D47.3제외)

(주) 1. 습관성유산자(N96), 여성불임증(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98)은 보장대상에서 제외합니다.

2. 진성 적혈구 증가증(D45), 골수 형성이상 증후군(D46), 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3)은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물」에 포함되지 않는 것으로 하여 보장되지 않습니다.

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무배당특정질병수술보장특약 (갱 신 형) 약 관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형, 자녀형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형의 해당보험료를 납입하는 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당특정질병수술보장특약(갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 보험대상자(피보험자)에게 발생한 경우
- ③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제5조(특약의 갱신)에 의하여 갱신 된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자) [주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보

험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

3. 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]중 특약 체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제20조(계약환급금) 제1항에 의한 계약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으

로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【특약의 갱신】

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제9조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간(연금보험의 경우 제1보험기간, 이하 같습니다) 종료일로 합니다. 단, 본인형 및 배우자형에서 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 27세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험료율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 하되, 회사는 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제5조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제9조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제9조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년(보험기간이 1년인 경우는 6개월)이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“수술”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로

서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술 및 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외됩니다. 또한, 이 특약에서 말하는 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
3. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
4. “신의료수술”이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, “악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사”를 포함합니다. “악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사”에는 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)나 두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)가 포함됩니다.

제12조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및

진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표1[대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 및 갑상샘암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물)에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병” 및 “전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 이 경우 분류번호 C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물)에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병을 포함합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표2(상피내의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소

견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험 대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국 표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조 【“4대중증질병”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “4대중증질병”이라 함은 한국 표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표5(대상이 되는 4대중증질병 분류표)에서 정한 뇌질환, 심질환, 간·췌장질환 및 폐질환을 말합니다.

② “4대중증질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제16조 【“조혈모세포이식수술”의 정의】

이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술”이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 혈액을 만드는 조혈모세포(hematopoietic stem cell)의 이식수술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관 또는 이

와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 다음의 각호에서 정한 동종골수조혈모이식수술, 자가골수조혈모세포이식수술, 자가말초조혈모세포이식수술, 제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 수술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모이식수술”이라 함은 암 또는 골수부전상태를 치료하기 위해 타인의 골수로부터 정상적인 조혈모세포를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수로 치환하여 주는 수술을 말합니다.
2. “자가(autologous)골수조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 골수내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(high-dose myeloablative therapy)을 시행하고 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해주는 수술을 말합니다.
3. “자가(autologous)말초조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(high-dose myeloablative therapy)을 시행하고 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해주는 수술을 말합니다.
4. “제대혈모세포이식수술”이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

제17조 【“5대 장기이식수술”의 정의】

이 특약에 있어서 “5대 장기이식수술”이라 함은 5대 장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행

한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제18조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 갑상샘암, 경계성종양 또는 상피내암의 치료를 직접 목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받은 경우 : 암수술급여금
2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 제15조(“4대중증질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌질환, 심질환, 간·췌장질환 또는 폐질환의 치료를 직접 목적으로 해당부위에 직접적인 조작을 가하는 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받은 경우 : 4대중증질병수술급여금
3. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 “조혈모세포이식수술”을 받은 경우(단, 조혈모세포공여자에 대한 수술은 제외) : 조혈모세포이식수술급여금(1회에 한함)
4. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간중 “5대장기이식수술”을 받은 경우(단, 5대장기공여자에 대한 수술은 제외) : 5대장기이식수술급여금(1회에 한함)

제19조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에서 “암” 및 “4대중증질병”에 대한 수술급여금은 “암(기타피부암, 갑상샘암, 경계성종양, 상피내암 포함)”, “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환”, “폐질환” 각각에 대하여 특약보험가입금액의 30%를

최고한도로 하며, 최고한도를 초과한 수술에 대해서는 더이상 수술급여금을 지급하지 아니합니다.

③ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 “갱신전 계약”의 보험기간 중 수술급여금이 지급된 경우에도 “갱신계약”의 보험기간 중 “암(기타피부암, 갑상샘암, 경계성종양, 상피내암 포함)”, “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환”, “폐질환” 각각에 대하여 특약보험가입금액의 30%를 최고한도로 수술급여금을 지급합니다.

④ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 식도정맥류(한국표준질병사인분류 중 분류번호 185 및 198.2)에 대한 수술은 보장되지 아니합니다.

⑤ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술은 수술개시일부터 60일 간에 1회의 급여를 지급한도로 합니다.

제20조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제21조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서, 수술증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고

증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제22조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제21조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 의하여 보험금 또는 해약환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.

③ 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항

제23조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

(1) 암수술급여금(약관 제18조 제1호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 갑상샘암, 경계성종양, 상피내암의 치료를 직접목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술을 받았을 때
지급 금액	◇ 관혈수술을 받았을 때 : 특약보험가입금액의 30% ◇ 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술을 받았을 때(최대 3회에 한함) : 1회당 특약보험가입금액의 10% ※ 보험기간 중 암수술급여금의 지급한도는 특약보험가입금액의 30%를 한도로 하며, 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금 지급

(2) 4대중증질병수술급여금(약관 제18조 제2호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 별표5에서 정한 “대상이 되는 4대중증질병 [뇌질환, 심질환, 간·췌장질환 및 폐질환]”의 치료를 직접 목적으로 해당부위에 직접적인 조작을 가하는 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술을 받았을 때
지급 금액	◇ 관혈수술을 받았을 때 : 특약보험가입금액의 30% ◇ 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술을 받았을 때(최대 3회에 한함) : 1회당 특약보험가입금액의 10% ※ 보험기간 중 4대중증질병수술급여금의 지급한도는 뇌질환, 심질환, 간·췌장질환 및 폐질환 각각에 대해 특약보험가입금액의 30%를 한도로 하며, 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금 지급

(3) 조혈모세포이식수술급여금(약관 제18조 제3호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 조혈모세포이식수술을 받았을 때(1회에 한하며, 조혈모세포공여자에 대한 수술은 제외)
지급 금액	특약보험가입금액의 30%

(4) 5대 장기이식수술급여금(약관 제18조 제4호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 5대 장기이식수술을 받았을 때(1회에 한하며, 5대 장기공여자에 대한 수술은 제외)
지급 금액	특약보험가입금액의 50%

- 주) 1. (2)에서 식도정맥류(분류번호 I85 및 I98.2)에 대한 수술은 보장되지 아니함.
2. (1) 및 (2)의 경우, “암(기타피부암, 갑상샘암, 경계성종양, 상피내암 포함)”, “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환”, “폐질환” 각각에 대하여 특약보험가입금액의 30%를 최고한도로 하며, 최고한도를 초과한 수술에 대해서는 더이상 수술급여금을 지급하지 아니함
3. (1) 및 (2)의 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술의 경우 수술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 지급한도로 함
4. (1) 및 (2)의 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술은 다음과 같음
- ① “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말함
 - ② “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위임
 - ③ “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위임. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외함

- ④ “신의료수술”이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, “악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사”를 포함함. “악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사”에는 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)나 두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)가 포함됨

(별표2) 대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표2)와 동일

(별표3) 상피내의 신생물 분류표

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표3)과 동일

(별표4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당신암진단특약(갱신형) 약관의
(별표4)와 동일

(별표 5)

대상이 되는 4대중증질병 분류표

약관에 규정하는 “4대중증질병”으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
구제제비	· 거미막밑 출혈	I60
	· 뇌출혈	I61
	· 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	· 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	· 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	· 기타 뇌혈관 질환	I67
	· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	· 뇌혈관 질환의 후유증	I69
	· 머리내 손상	S06
	· 수막의 양성신생물	D32
	· 뇌 및 기타 중추신경계통 부위의 양성신생물	D33
	· 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
	· 머리인두관의 양성신생물	D35.3
	· 술방울샘의 양성신생물	D35.4
제외제비	· 심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스 무도병	I02
	· 류마티스 승모판 질환	I05
	· 류마티스 대동맥판 질환	I06
	· 류마티스 삼첨판 질환	I07
	· 다발성 판막 질환	I08
	· 기타 류마티스성 심장 질환	I09

심장질환	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 속발성 심근경색증	I22
	· 급성 심근경색에 의한 특정 현재 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	· 만성 허혈성 심장병	I25
	· 폐 색전증	I26
	· 기타 폐성 심장 질환	I27
	· 기타 폐혈관의 질환	I28
	· 급성 심장막염	I30
	· 기타 심장막의 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스 승모판 장애	I34
	· 비류마티스 대동맥판 장애	I35
	· 비류마티스 삼첨판 장애	I36
	· 폐동맥판 장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	I39
	· 급성심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심증근육병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심장근육병증	I43
	· 심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	· 기타 전도 장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빠른맥	I47
	· 심장 잔떨림 및 된떨림	I48
	· 기타 심장성 부정맥	I49
	· 심장기능상실(심부전)	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	· 대동맥류 및 박리	I71
	· 가슴의 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	· 심장의 양성종양	D15.1

간 · 췌장질환	· 알콜성 간질환	K70
	· 독성 간질환	K71
	· 달리 분류되지 않는 간기능상실	K72
	· 달리 분류되지 않는 만성간염	K73
	· 간의 섬유증 및 경화	K74
	· 기타 염증성 간질환	K75
	· 간의 기타 질환	K76
	· 달리 분류된 질환에서의 간 장애	K77
	· 급성 췌장염(이자염)	K85
	· 췌장(이자)의 기타 질환	K86
	· 복부 대동맥의 손상	S35.0
	· 복부내 기관의 손상	S36
	· 간의 양성종양	D13.4
	· 간외 쓸개관(담관)의 양성종양	D13.5
	· 췌장(이자)의 양성종양[내분비 췌장(이자)은 제외]	D13.6
	· 내분비 췌장(이자)의 양성종양	D13.7
폐질환	· 폐기종	J43
	· 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	· 천식	J45
	· 천식 지속 상태	J46
	· 기관지확장증	J47
	· 폐 및 종격동의 고름집(농양)	J85
	· 고름가슴	J86
	· 달리 분류되지 않은 가슴막삼출액	J90
	· 달리 분류된 병태에서의 가슴막삼출액	J91
	· 가슴막판	J92
	· 공기가슴증	J93
	· 기타 가슴막의 병태	J94
	· 기관의 양성종양	D14.2
	· 기관지 및 폐의 양성종양	D14.3

(주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서
상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는
질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로
합니다.

2. 심질환의 경우 “심장 침습이 없는 류마티스 열” (분류번호 I00) 및 “고혈압성 질환” (분류번호 I10~I15)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 간·췌장질환의 경우 “담석증”(분류번호 K80), “담낭염”(분류번호 K81), “쓸개(담낭)의 기타 질환”(분류번호 K82), “담도의 기타질환”(분류번호 K83), “달리 분류된 질환에서의 쓸개(담낭), 담도 및 췌장(이자)의 장애”(분류번호 K87) 및 바이러스성 감염에 의한 질환(분류번호B15-B19)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 폐질환의 경우 “급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염”(분류번호 J40), “단순성 및 점액농성 만성 기관지염”(분류번호 J41), “상세불명의 만성 기관지염”(분류번호 J42), “외부요인에 의한 폐질환”(분류번호 J60~70), “주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환”(분류번호 J80~84) 및 “호흡기계통의 기타 질환”(분류번호 J95~99)는 상기 분류표에서 제외됩니다.

무 배 당 신 건 강 우 대 특 약 관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

무배당신건강우대특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주된 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 보험기간중 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 청약한 이후의 해당보험료부터 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 바에 따라 비흡연자 우량체 사망률로 계산한 보험요율이 적용됨으로서 보장이 개시됩니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 적용을 받는 보험대상자(피보험자)는 이 특약이 부가되는 주계약 또는 특약에서 정한 사망보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 보험대상자(피보험자)중 회사의 승낙을 얻은 자로 합니다.

제4조 【보험대상자(피보험자)의 가입자격】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험가입자격자(加入適格者)로서 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여 “흡연(吸煙)”)이라 합니다)하지 아니하고 건강상태가 회사에서 정한 기준(이하 “우량체기준”)이라 합니다)에 해당하는 자로 합니다.

제5조 【특약의 감액】

① 계약자가 회사의 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 감액분에 대하여는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며 감액일 이후 납입해당분부터 할인 전 주계약의 보험료로 변경됩니다.

제2관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제6조 【해약환급금】

제5조(특약의 감액) 제1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해약환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인된 주계약에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제7조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당특약이므로 계약자배당금이 없습니다.

제3관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제8조 【계약전 알릴 의무 및 계약전 알릴 의무 위반의 효과】

① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시) “비흡연 고지서”에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

② 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제1항의 질문사항을 알리지 아니하였거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 아니하고 이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 “표준체 보험료”라 합니다)보다 적은 이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 “우량체 보험료”라 합니다)를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유 발생과 관계없이 “우량체 보험료”의 “표준체 보험

료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액하고, 이 특약을 해지합니다.

③ 제2항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 흡연검사를 받고 비흡연자로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제4관 보험금의 지급 등의 절차

제9조 【흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경이 있을 때의 처리】

① 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 지체없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

② 회사는 제1항의 서면통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이하 “정산차액”이라 합니다)을 계약자가 추가 납입하도록 하며, 계약자는 우량채의 보험료와 동일한 기준[보험기간, 납입기간, 보험대상자(피보험자)의 가입나이 등]으로 산출된 표준채 보험료를 향후 납입보험료로 적용하고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료가 납입완료 된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.

③ 계약자가 제2항에서 정한 정산차액 및 표준채 보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 “우량채 보험료”의 “표준채 보험료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.

④ 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 제1항의 통지의무를 30일 이상 지체하였을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제2항 및 제3항에 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 주계약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 제4조[보험대상자(피보험자)의 가입자격]에 정한 보험대상자(피보험자)의 자격이 있고 계약자가 이 특약을 청약한 때에는 회사는 제2조(특약의 보장개시일)에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약

한 날 이후의 해당보험료부터 우량채 보험료를 납입
하며, 정산차액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자
에게 지급합니다.

제5관 기타사항

제10조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

무 배 당 비 흡 연 자 할 인 특 약 관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

무배당비흡연자할인특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주된 보험계약 (특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 보험기간 중 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 청약한 이후의 해당보험료부터 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 바에 따라 비흡연자 사망률로 계산한 보험료율이 적용됨으로서 보장이 개시됩니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 적용을 받는 보험대상자(피보험자)는 이 특약이 부가되는 주계약 또는 특약에서 정한 보험대상자(피보험자)로 합니다.
단, 이 특약을 연생보험에 부가할 경우에는 주피보험자로 합니다.

제4조 【보험대상자(피보험자)의 가입자격】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험가입적격자(加入適格者)로서 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여 “흡연(吸煙)”) 이라 합니다)하지 아니한 자로 합니다.

제5조 【특약의 감액】

① 계약자가 회사의 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 감액분에 대하여는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며 감액일 이후 납입해당분부터 할인 전 주계약의 보험료로 변경됩니다.

제2관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제6조 【해약환급금】

제5조(특약의 감액) 제1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해약환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인된 주계약에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제7조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당특약이므로 계약자배당금이 없습니다.

제3관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제8조 【계약전 알릴 의무 및 계약전 알릴 의무 위반의 효과】

① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시) “비흡연 고지서”에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

② 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제1항의 질문사항을 알리지 아니하였거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 아니하고 이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 “표준채 보험료”라 합니다)보다 적은 이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 “비흡연자 보험료”라 합니다)를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유발생과 관계없이 “비흡연자 보험료”의 “표준채 보험료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액

하고, 이 특약을 해지합니다.

③ 제2항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 흡연검사를 받고 비흡연자로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제4관 보험금의 지급 등의 절차

제9조 【흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경이 있을 때의 처리】

① 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 지체없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

② 회사는 제1항의 서면통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이하 “정산차액”이라 합니다)을 계약자가 추가 납입하도록 하며, 계약자는 비흡연자의 보험료와 동일한 기준[보험기간, 납입기간, 보험대상자(피보험자)의 가입나이 등]으로 산출된 표준채 보험료를 향후 납입보험료로 적용하고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료 가 납입완료 된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.

③ 계약자가 제2항에서 정한 정산차액 및 표준채 보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 “비흡연자보험료”의 “표준채보험료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.

④ 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 제1항의 통지의무를 30일 이상 지체하였을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 제2항 및 제3항에 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 주계약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 제4조[보험대상자(피보험자)의 가입자격]에 정한 보험대상자(피보험자)의 자격이 있고 계약자가 이 특약을 청약한 때에는 회사는 제2조(특약의 보장개시일)에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당보험료부터 비흡연자 보험료를 납

입하며, 정산차액이 있을 때에는 회사는 이를 계약
자에게 지급합니다.

제5관 기타사항

제10조 【주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

특 약 관
별 조 건 부 특 약

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승
낙한 경우에만 적용합니다.

특별조건부특약 약관

제1조 【특약의 체결】

- ① 이 특약은 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약 포함)을 체결할 때 보험대상자(피보험자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약 또는 특약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”, 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 “해당계약”이라 합니다)
- ② 이 특약을 연생보험에 부가할 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 보험대상자(피보험자)중 회사가 정한 자로 합니다.
- ③ 특약에 대한 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 해당계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【특약의 내용】

이 특약은 보험대상자(피보험자)의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조 【특약의 부가조건】

- ① 이 특약에 의하여 부가하는 계약조건은 보험대상자(피보험자)의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.
 1. 할증보험료법
할증위험률(割増危険率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약체결시 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납

입보험료로 합니다. 이러한 경우 보험대상자(피보험자)에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 보험대상자(피보험자)에게 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다) 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 보험금을 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당 계약에 정한 지급 보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만					80%	60%
4년이상 5년미만						80%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간동안 50% 이상의 범위내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다. 그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 보험대상자(피보험자)가 사망[보험기간중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다]하거나 동일한

재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 된 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 아니하고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 보험대상자(피보험자)의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n년증이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할수 있습니다.

② 제1항 제2호의 삭감기간은 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 아니한다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다)인 경우 「삭감기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호 내지 제4호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간 이 내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 해당계약의 보험료납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 이 특약이 부가된 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제5조 【특약내용의 변경】

이 특약이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용을 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

제6조 【해당계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 따로 정하지 아니한 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표1) 재해분류표

무배당퓨처30⁺슈퍼정기보험 약관의
(별표2)와 동일

(별표2) 장해분류표

무배당퓨처30⁺슈퍼정기보험 약관의
(별표3)과 동일

특 약 관 별 조 건 부 인 수 특 약

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승
낙한 경우에만 적용합니다.

특별조건부인수특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험대상자(피보험자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 이 특약을 연생보험에 부가할 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 보험대상자(피보험자)중 회사가 정한 자로 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ⑤ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.
 1. 이 특약 제2조 [특약면책조건의 내용] 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조 [특약면책조건의 내용] 제1항 제2호에서 정한 특정 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 【특약면책조건의 내용】

- ① 이 특약에서 정한 면책기간중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의

지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다. 다만, 사망 또는 재해분류표(별표3 참조)에서 정하는 동일한 재해(이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 장해분류표(별표4 참조)중 여러 신체부위의 합산 장해 지급률이 80%이상인 장해상태가 되어 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

1. 별표1 “특정부위분류표” 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병
2. 별표2 “특정질병분류표” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)

② 제1항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 단, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 아니한다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 경우 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의 보험기간」은 최초 계약일로부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 (단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 3. 재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ④ 보험대상자(피보험자)가 회사가 정한 면책기간

의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 보험대상자(피보험자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑥ 제1항의 특정부위 및 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 따로 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표1)

특정부위 분류표

분류번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장 또는 공장
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장
3	직장 또는 항문
4	간장, 담낭 또는 담관
5	췌장
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
7	코(외비, 비강 또는 부비강 포함)
8	인두 또는 후두
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선 또는 설하선
10	귀(외이, 고막, 중이, 내이, 청신경 또는 유양돌기 포함)
11	안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)
12	신장
13	요관, 방광 또는 요도
14	전립샘
15	유방(유선 포함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)
17	난소 또는 난관
18	고환(고환초막포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상샘
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	선골부 또는 미골부(해당신경 포함)
24	좌견관절부
25	우견관절부
26	좌고관절부
27	우고관절부
28	좌상지(좌견관절부 제외)
29	우상지(우견관절부 제외)
30	좌하지(좌고관절부 제외)
31	우하지(우고관절부 제외)

분류번호	특정부위의 명칭
32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우에 한함)
34	식도
35	대장(맹장 및 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술포함)
37	수골(手骨)
38	족골(足骨)
39	상·하악골(上·下顎骨)
40	부갑상샘

(별표2)

특정질병 분류표

대상질병	분류번호	
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈관질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
고혈압	I10~I13, I15	
결핵	A15~A19, B90	
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	콩팥(신장) 및 요관의 결석
	N21	하부 요로의 결석
	N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
임신중독증	011	부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압 장애
	012	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신 유도성] 부종 및 단백뇨
	013	의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성[임신 유도성] 고혈압
	014	의미있는 단백뇨를 동반한 임신성[임신 유도성] 고혈압
	015	자간증

대상질병	분류번호	
골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청감사 양성인 류마티스 관 절염
	M06	기타 류마티스 관절염
	M08	청소년성 관절염
	M15	다발성 관절증
	M16	엉덩관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제1손목손허리 관절의 관절증
	M19	기타 관절증
척추만곡증	M40	척추뒤굽음증 및 척추앞굽음증
	M41	척추옆굽음증
골반염	N73	기타 여성 골반의 염증성 질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여 성 골반 염증성 장애
자궁내막증	N80	자궁내막증
자궁근종	D25	자궁의 평활근종

(주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질
병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이
있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3) 재해분류표

무배당퓨처30⁺슈퍼정기보험 약관의
(별표2)와 동일

(별표4) 장해분류표

무배당퓨처30⁺슈퍼정기보험 약관의
(별표3)과 동일

선 지 급 서 비 스 특 약 관

※ 이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

선지급서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나, 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때로부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 보험대상자(피보험자)가 동일한 보험계약이어야 합니다.

제4조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.
- ② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제5조 【특약의 보험기간】

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 없습니다.

제7조 【해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제2조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 제5조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 종합병원의 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 보험대상자(피보험자)의 잔여수명(이하 “여명”이라 합니다)이 12개월 이내라고 판단한 경우에 보험대상자(피보험자)의 신청에 따라 주계약 사망보험금액의 일부 또는 전부를 선지급사망보험금(이하 “보험금”이라 합니다)으로 보험대상자(피보험자)에게 지급함

니다.

제9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다.

다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다.

이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 아니합니다.

② 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

③ 주계약 약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 선지급 사망보험금에 대한 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 주계약에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금합계액을 뺀 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 주계약 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제10조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 보험대상자(피보험자)가 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당된 경우에는 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제11조 【보험금의 지정대리청구인】

① 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제12조(지정대리청구인의 변

경지정)의 규정에 따라 변경지정한 다음의 자(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)가 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험금을 받는 자의 대리인으로서 이 특약의 보험금을 청구할 수 있습니다.

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

② 제1항에 의하여 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제12조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정 할 수 있습니다.

이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 보험가입증서(보험증권)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제13조 【보험금 등 청구시 구비서류】

보험대상자(피보험자) 또는 지정대리청구인은 제5조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 종합병원에서

발급한 진단서

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증)
4. 보험대상자(피보험자)의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 보험대상자(피보험자) 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타 보험대상자(피보험자) 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제14조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 이 특약의 보험금을 지급합니다.

다만, 지급사유에 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 따라 지급사유에 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

또한, 회사가 지정한 의사에 의한 보험대상자(피보험자)의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 지급기일 내에 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제15조 【주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙】

① 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 주계약에 사망보험금을 지급하는 특약 (이하 “사망보장특약”이

라 합니다)이 부가되어 있는 경우에는 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금액은 주계약의 사망보험금액과 사망보장특약의 사망보험금액을 합산한 금액을 기준으로 합니다.

② 이 특약의 보험금 청구가 있는 경우에는 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제17조(다른 특약의 취급)에 관계없이 청구일 현재 주계약 및 사망보장특약의 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급합니다.

③ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약에 대한 이 특약의 보험금은 사망보장특약의 보험기간이 끝나는 날의 18개월 이전까지 청구할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약이 자동갱신 되는 경우에는 제3항에 정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “자동갱신기간이 끝나는 날”로 대체합니다.

⑤ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약의 경우에도 제3조[보험대상자(피보험자)의 범위] 및 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항을 동일하게 적용합니다.

제16조 【주계약이 연생보험계약인 경우의 특칙】

① 주계약이 연생보험계약인 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 주피보험자로 합니다.

② 주계약이 연생보험계약인 경우 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 “주계약 사망보험금액의 일부 또는 전부”를 “주계약 사망보험금액의 전부”로 대체 합니다.

③ 주계약이 연생보험계약인 경우 제17조(다른 특약의 취급) 제1항에도 불구하고 주계약 사망보험금액의 전부를 이 특약의 보험금으로 지급한 경우에는 해당 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 간주하고 주계약의 소멸규정을 준용합니다.

제17조 【다른 특약의 취급】

① 주계약 사망보험금액의 전부가 지급된 경우 주계약은 소멸되는 것으로 하며 주계약에 다른 특약이 부가되어 있는 경우에는 각 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 주계약 사망보험금액의 일부가 지급된 경우에는
각 특약의 효력은 계속되는 것으로 합니다.

제18조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약
약관의 규정을 따릅니다.

사 후 정 리 특 약 관

※ 이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

사후정리특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나, 제7조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약인 경우는 부활(효력회복)일]로부터 그 날을 포함하여 2년이 경과한 날로 합니다.

제3조 【특약의 무효】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.
 1. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 자연인이 아닌 경우
 2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 미성년자인 경우
 3. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 법정상속인인 경우. 단, 보험금을 받는 자(보험수익자)중 1인 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외
- ② 회사는 이 특약에 의하여 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금을 지급한 후에도 회사에 보험

금을 지급할 책임이 없었음이 확인된 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 이 특약에 의해 이미 지급받은 보험금을 회사에 반환하여야 합니다.

③ 제2항의 경우에 보험금을 받는 자(보험수익자)가 회사에 보험금을 반환하지 않는 때에는 회사는 보험금, 환급금 등 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급하여야 할 제지급금에서 아직 반환받지 못한 보험금을 공제할 수 있습니다.

제4조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.

② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 없습니다.

제6조 【해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제2조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제7조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하였을 때 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금 및 해당 보험금을 받는 자(보험수익자)의 사망보험금 지급비용에 따른 금액 한도 내에서 주계약 및 그에 부가된 특약의 사망보험금액[재해분류표(별표 참조)에서 정하는 재해로 인한 사망보험금액은 제외합니다]의 일부 또는 전부를 지급합니다.

제8조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 회사가 제7조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 보험금 지급책임의 의무가 없을 것으로 판단하는 경우에는 본 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제7조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하여 회사가 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 이 특약에 의한 보험금을 지급한 경우 잔여 보험금 지급시 이를 해당 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급할 보험금에서 차감합니다.
- ③ 회사는 이 특약에 의하여 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받더라도 이 특약에 의하여 지급된 보험금에 대하여는 지급하지 않습니다.
- ④ 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급청구를 받아 그 보험금이 지급된 때에는 이후에는 이 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제9조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 사망보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사망진단서
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사망진단서는 의료법 제3조[의료기관]의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 【보험금 등의 지급】

회사는 제9조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 1영업일 이내에 이 특약의 보험금을 드립니다.

제5관 기타사항

제11조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표) 재해분류표

무배당퓨처30¹슈퍼정기보험 약관의
(별표2)와 동일

삼 성 단 체 취 급 특 약 관

삼성단체취급특약 약관

제1조 【특약의 적용범위】

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

1. 주계약의 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다) 또는 보험대상자(피보험자)가 다음 중 한가지의 단체(이하 “대상단체”라 합니다)에 소속되어야 합니다.
 - 가. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
 - 나. 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자 단체로 5인이상 구성원이 있는 단체
 - 다. 그 밖에 단체의 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어 계약의 일괄관리가 가능한 단체로서 5인 이상 구성원이 있는 단체
2. 이 특약의 적용을 받는 인원수는 제1호의 대상 단체 소속원을 보험대상자(피보험자)로 하는 주계약의 보험대상자[피보험자(연생보험인 경우 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다)]수가 5인 이상이어야 합니다.
3. 배우자형 및 가족형의 경우 주피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라 합니다), 자녀, 부모, 배우자의 부모를 종피보험자로 합니다.

제2조 【보험요율의 적용】

이 특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 보험요율을 적용합니다.

제3조 【보험료의 납입】

계약자는 제2조(보험요율의 적용)에서 정한 바에 따라 계산된 보험료를 보험회사(이하 “회사”라 합니다)

가 정한 바에 따라 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다.

제4조 【특약의 소멸】

① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 소속단체를 탈퇴하였을 때 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 차회 이후의 보험료는 해당 계약의 할인율이 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제5조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에서 별도로 정하지 아니한 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.