

3 최근 3개월 이내
입원, 수술, 추가검사,
필요의사 소견없고

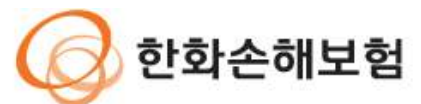
2 최근 2년 이내
질병 또는 상해로
입원이나 수술이 없고

5 최근 5년 이내
암으로 인해 입원이나
수술한 적이 없다면

무배당 **참 편한 건강보험**[세만기] 1704

* 기존에 체결했던 보험계약을 해지하고 다른 보험계약을 체결할 경우 보험안주 기입 및 보험료 전입, 보험사장이 달라질 수 있습니다.
* 이 보험계약은 해당지보보험에 따라 해당보험업자가 보호자의 보호권 또는 권 보정회사에 있는 귀하의 모든 해당보도당 공통사항의 유지권유권 또는 만기시 보정권이나 사고보정권 등 기타 권리를 합하여 '인정' 최고 5년단원'이며, 5년단원을 초과하는 나머지 금액은 보정하지 않습니다. 단, 보험계약자 및 보험납부자가 법인으로 보호되지 않습니다.

약관



Hanwaha

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

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

2. 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

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

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

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

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

당사 신용정보 관리보호인	손해보험협회	금융감독원
<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) 02-316-7485○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56 한화금융센터 한화손해보험 CISO	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) 02-3702-8500○ (주소) 서울특별시 종로구 종로5길 68, 6층 (수송동, 코리안리빌딩)	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) 금융민원센터 : (국번없이) 1332○ (주 소) 서울특별시 영등포구 여의대로 38

3. 신용정보 제공사실 통보요구 및 오류정보 정정청구

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

- **신용정보 제공사실 통보 요구권** (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조)
 - 고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리
- **신용정보 열람 및 정정 청구권** (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조)
 - 고객이 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정청구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금융위원회에 시정 요청 가능

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

4. 금융거래 거절근거 신용정보 고지의무

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

5. 개인정보 유출 시 피해보상에 관한 규정

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

목 차

가입자 유의사항	7
주요내용 요약서	11
보험금 청구 구비서류 안내	15
보험금 청구절차 및 알아두실 내용	21
보험가입부터 보험금 지급까지	23
주요 민원사례 안내	25
주요 보험용어 해설	27
무배당 참 편한 건강보험 ¹⁷⁰⁴ (세만기형) 보통약관	29
【 제1절. 공통조항 】	31
제1관. 목적 및 용어의 정의	31
제1조(목적)	31
제2조(용어의 정의)	31
제2관. 보험금의 지급	32
제3조(보험금의 지급사유)	32
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	32
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	32
제6조(보험금 지급사유의 통지)	33
제7조(보험금의 청구)	33
제8조(보험금의 지급절차)	33
제9조(보장성보험 공시이율V의 적용 및 공시)	34
제10조(중도인출에 관한 사항)	34
제11조(만기환급금의 지급)	35
제12조(보험금을 받는 방법의 변경)	35
제13조(주소변경통지)	35
제14조(보험수익자의 지정)	35
제15조(대표자의 지정)	36
제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	36
제16조(계약 전 알릴 의무)	36
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)	36
제18조(알릴 의무 위반의 효과)	36
제19조(사기에 의한 계약)	37

제4관. 보험계약의 성립과 유지	38
제20조(보험계약의 성립)	38
제21조(청약의 철회)	38
제22조(약관교부 및 설명의무 등)	38
제23조(계약의 무효)	39
제24조(계약내용의 변경 등)	40
제25조(보험나이 등)	40
제26조(계약의 소멸)	41
제5관. 보험료의 납입	41
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	41
제28조(제2회 이후 보험료의 납입)	42
제29조(보험료의 납입면제)	42
제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	42
제31조(보험료의 자동대출납입)	42
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	43
제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))	43
제34조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))	43
제6관. 계약의 해지 및 해지환급금 등	44
제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	44
제36조(중대사유로 인한 해지)	44
제37조(회사의 파산선고와 해지)	45
제38조(해지환급금)	45
제39조(보험계약대출)	45
제40조(배당금의 지급)	45
제7관. 분쟁조정 등	45
제41조(분쟁의 조정)	45
제42조(관할법원)	45
제43조(소멸시효)	46
제44조(약관의 해석)	46
제45조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	46
제46조(회사의 손해배상책임)	46
제47조(개인정보보호)	46
제48조(준거법)	46
제49조(예금보험에 의한 지급보장)	46
【 제2절. 보장조항 】	49
보통약관(일반상해사망(간편고지) 보장	
보통약관(일반상해사망) 보장	49
제1조(보험금의 지급사유)	49

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	49
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)	49
제4조(보장의 소멸)	50

【 제3절. 납입면제조항 】 **51**

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)	51
제2조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)	51
제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)	52
제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)	52
제5조(보험료의 납입면제)	52
제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	53
제6-1조(“일반상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)	53
제6-2조(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)	54

무배당 참 편한 건강보험₁₇₀₄(세만기형) 특별약관 **57**

1. 상해 관련 특별약관 **59**

1-1. 일반상해사망(간편고지, 갱신형) 특별약관	
일반상해사망(갱신형) 특별약관	59
1-2. 일반상해80%이상후유장해(간편고지) 특별약관	
일반상해80%이상후유장해(간편고지, 갱신형) 특별약관	
일반상해80%이상후유장해 특별약관	
일반상해80%이상후유장해(갱신형) 특별약관	60
1-3. 일반상해입원비(1일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관	
일반상해입원비(1일이상, 갱신형) 특별약관	62
1-4. 일반상해입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관	
일반상해입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관	63
1-5. 상해수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관	
상해수술비(갱신형) 특별약관	64
1-6. 자동차사고부상발생금(차등급부) 특별약관	
자동차사고부상발생금(차등급부, 갱신형) 특별약관	65

2. 질병 관련 특별약관 **69**

2-1. 질병사망(간편고지) 특별약관	
질병사망(간편고지, 갱신형) 특별약관	
질병사망 특별약관	
질병사망(갱신형) 특별약관	69
2-2. 질병80%이상후유장해(간편고지) 특별약관	
질병80%이상후유장해 특별약관	
질병80%이상후유장해(간편고지, 갱신형) 특별약관	
질병80%이상후유장해(갱신형) 특별약관 특별약관	70
2-3. 질병입원비(1일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관	
질병입원비(1일이상, 갱신형) 특별약관	73
2-4. 질병입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관	

질병입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관	75
2-5. 질병수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관 질병수술비(갱신형) 특별약관	77
2-6. 34대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관 34대질병수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관	79
2-7. 암(유사암제외)진단비(간편고지) 특별약관 암(유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관 암(유사암제외)진단비 특별약관 암(유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관	81
2-8. 유사암진단비(간편고지) 특별약관 유사암진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관 유사암진단비 특별약관 유사암진단비(갱신형) 특별약관	85
2-9. 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지) 특별약관 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 암직접치료입원비(4일이상) 특별약관 암직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관	87
2-10. 암수술비(간편고지) 특별약관 암수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관 암수술비 특별약관 암수술비(갱신형) 특별약관	92
2-11. 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 암(유사암제외)수술비(1회한) 특별약관 암(유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관	96
2-12. 뇌출혈진단비(간편고지) 특별약관 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈진단비 특별약관 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관	100
2-13. 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관	102
2-14. 뇌출혈수술비(간편고지) 특별약관 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈수술비 특별약관 뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관	104
2-15. 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈수술비(1회한) 특별약관 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관	106
2-16. 급성심근경색증진단비(간편고지) 특별약관 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증진단비 특별약관 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관	108

2-17.	급성심근경색증직접치료입원비 (4일이상, 간편고지) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비 (4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비 (4일이상) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비 (4일이상, 갱신형) 특별약관	111
2-18.	급성심근경색증수술비(간편고지) 특별약관 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증수술비 특별약관 급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관	113
2-19.	급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관	115
2-20.	첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 간편고지) 특별약관 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한) 특별약관 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관	117
3.	비용손해 관련 특별약관	123
3-1.	벌금(운전자용) 특별약관 벌금(운전자용, 갱신형) 특별약관	123
3-2.	자동차사고변호사선임비용(운전자용) 특별약관 자동차사고변호사선임비용(운전자용, 갱신형) 특별약관	124
3-3.	대인형사합의실손비(운전자용) 특별약관 대인형사합의실손비(운전자용, 갱신형) 특별약관	125
3-4.	중상해대인형사합의실손비(운전자용) 특별약관 중상해대인형사합의실손비(운전자용, 갱신형) 특별약관	128
3-5.	면허정지(영업용운전자용) 특별약관 면허정지(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관	130
3-6.	면허취소(영업용운전자용) 특별약관 면허취소(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관	131
3-7.	보이스피싱손해(갱신형) 특별약관	132
3-8.	의료사고법률비용(실손, 갱신형) 특별약관	134
3-9.	민사소송법률비용(실손, 갱신형) 특별약관	136
3-10.	행정소송법률비용(실손, 갱신형) 특별약관	143
4.	제도성 특별약관	151
4-1.	보장특약 자동갱신 특별약관	151
4-2.	이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	153
4-3.	특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	154
4-4.	보험료자동납입 특별약관	155
4-5.	지정대리청구서비스 특별약관	156
4-6.	전자서명 특별약관	157
4-7.	법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관	158

무배당 참 편한 건강보험₁₇₀₄(세만기형) 별표161

【별표1】 장애분류표163
 【붙임】 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표177
 【별표2】 특정 신체부위·질병 분류표178
 【별표3】 악성신생물(암) 분류표182
 【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표183
 【별표5】 제자리신생물(대장점막내암 제외) 분류표184
 【별표6】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표185
 【별표7】 뇌출혈 분류표185
 【별표8】 급성심근경색증 분류표186
 【별표9】 34대질병 분류표187
 【별표10】 자동차사고 부상등급표190
 【별표11】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서199
 【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산200

 【부 록】 약관에서 인용된 법령201

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

1. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 사실대로 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수도 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써만 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

3. 건강보험

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

4. 갱신형 보장

- 갱신형 특별약관 보험기간은 5년만기로, 최초가입 후 5년마다 갱신을 통해 보통약관 만기시까지(100/90세) 보장받을 수 있습니다. 단, 질병사망(간편고지, 갱신형) 특별약관 및 질병사망(갱신형) 특별약관은 피보험자의 보험나이 80세 계약해당일까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신형 특별약관의 보험료가 인상될 경우 적립보험료 또는 적립부분 책임준비금에서 대체납입되지 않으며, 보험료 인상분은 반드시 추가납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.

5. 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.
 - 일반상해로 장애분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장애 상태가 된 경우
 - 질병으로 장애분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장애 상태가 된 경우

- 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정된 경우
 - '뇌출혈'로 진단확정된 경우
 - '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우
- 단, 갱신형 특별약관에 대해서는 보장보험료의 납입 면제를 적용하지 않습니다.

II. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 암 관련 보장

- ☑ 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ☑ 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- ☑ 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

2. 특정질병 관련 보장

- ☑ 암, C보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 열거되어 있는 질병에 한하여 보험금을 지급합니다.

3. 수술 관련 보장

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

4. 입원 관련 보장

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

5. 상해 관련 보장

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

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

- 1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약의 경우에는 청약 철회할 수 없습니다.
- 2) 위 1)에도 불구하고, 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효(신체관련)

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

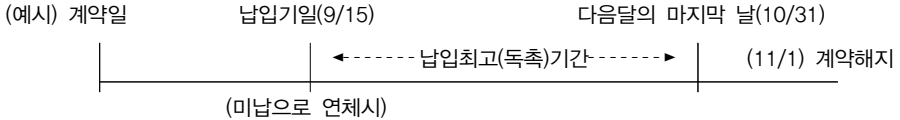
- 1) 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않으며 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 2) 만 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 3) 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 2)의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체 관련)

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

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

- 1) 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 회사는 납입최고(독촉)기간 (보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날)을 정하여 납입을 유예하며, 해당 기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 않을 경우 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.



- 2) 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

8. 중도인출

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

※ 중도인출시 만기(해지)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 부리되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해지)환급금이 감소합니다.

9. 계약 전·후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)
 - 2) 상해보험 계약 후 알릴 의무: 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
 - 3) 알릴 의무 위반의 효과: 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
- ※ 계약자 및 보험수익자(계약자와 보험수익자가 다른 경우)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려셔야 합니다.

10. 보험금의 지급절차

- 1) 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 신체손해에 관한 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.
다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 가. 소송제기
 - 나. 분쟁조정 신청
 - 다. 수사기관의 조사
 - 라. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 마. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 - 바. 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- 2) 위 1)의 가.~바.에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

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

보험금 청구 구비서류 안내

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

1. 일반상해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류	발급기관
공통서류	필수 서류	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	
	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류) • 일반상해 초진기록지 또는 의무기록사본(병원발급가능) 및 청구서상 사고내용 6개월 이내에 따라 기재 • 교통상해 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보처리회사 경찰서 발급가능) • 산업재해 최초 요양급여 신청서 및 산재 요양급여 확인원(근로복지공단 발급가능) • 기타입증서류 군인재해(공무상병인증서), 기타재해(공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실 확인서)	
	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인서) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	

구 분	구 비 서 류		발급기관
사망	필수서류	<ul style="list-style-type: none"> ○ (택1) · 사망진단서(사체검안서) 원본 · 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능 	병원
	수익자 미지정시 추가서류	<ul style="list-style-type: none"> ① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 	관공서
후유장애	<ul style="list-style-type: none"> ○ 후유장애진단서 ※ 장애부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) · 운동장애(척추,사지관절) : AMA장애평가방식에 의하여 측정된 후유장애진단서 · 신경계장애 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장애평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장애 · 만성신부전: 최초혈액투석일, 환자상태기재 · 사지절단: 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절치환술: 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 · 비장, 신장, 안구적출술: 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 · 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 		병원 (종합병원)
상해입원비	① (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서 (진단명, 한국질병분류코드, 입원기간이 모두 기재된 서류)		병원
수술비용	① (택1) 수술확인서, 수술기록지, 또는 진단서 등(진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자가 모두 기재된 서류)		병원

2. 질병 사고 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) • 사망진단서(사체검안서) 원본 • 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	관공서
후유장애	○ 후유장애진단서 ※ 장애부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) • 운동장애(척추,사지관절) : AMA장애평가방식에 의하여 측정된 후유장애진단서 • 신경계장애 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장애평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장애		병원 (종합병원)

구 분	구 비 서 류	발급기관	
	<ul style="list-style-type: none"> • 만성신부전: 최초혈액투석일, 환자상태기재 • 사지절단: 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 • 인공관절치환술: 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 • 비장, 신장, 안구적출술: 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 • 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 		
암진단비	<p>① 진단서 ② 조직검사결과지 ※ 암 종류에 따라 조직검사가 어려운 경우 대체 가능 서류(혈액암 또는 조직검사 불가한 경우)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 • 뇌/폐/췌장암 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT, PET 등) • 간 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT 등) 및 혈액검사 결과지 	병원	
뇌질환 진단비	<p>① 진단서 ② 정밀검사 판독결과지 (예시 : CT, MRI, 뇌혈관조영술 등)</p>	병원	
심장질환 진단비	<p>① 진단서 ② 각종 검사결과지 (예시 : 심초음파결과지, 심전도결과지, 관상동맥조영술결과지, 근효소결과검사지 등)</p>	병원	
질병입원비	<p>○ (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재)</p>	병원	
수술비용	질병수술비	<p>① (택1) 수술확인서, 수술기록지 또는 진단서 등 (확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재)</p>	병원
	특정질병수술비	<p>① 진단서(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재) ② 진단서상 수술명, 수술일자 기재 없는 경우 추가제출서류 : (택1) 수술기록지 또는 수술확인서 ※ 일부 수술의 경우 조직검사결과지, MRI판독지 등 추가요청 가능</p>	

3. 교통 사고 관련 보험금 청구서류

구 분		구 비 서 류	발급기관
공동서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류) : 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보 처리회사, 경찰서 발급가능)	당사양식 관공서
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권 확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인 시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
벌금		① (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문 ② (택1) 벌금납부영수증(반드시 벌금납부 후 청구가능) 또는 가상계좌 입금내역서 또는 통장사본	경찰서, 법원
자동차 사고 변호사 선임비용	공소 제기	○ (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문	법원, 검찰청, 교도소
	구속 시	① (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원 판결문 ② (택1) 구속영장, 사건처분증명원 또는 출소/재소증명원 ※ 추가서류 : 변호사 선임비용 청구시 선임한 변호사가 발행한 세금계산서	
면허정지위로금		① 운전면허 행정처분확인서(면허정지 종료 후 발행된 확인서로 청구 가능) ② 운전경력증명서	경찰서
면허취소위로금		① 운전면허 행정처분확인서 ② 면허취소확인원	경찰서

구 분	구 비 서 류	발급기관
대인 형사합의실손비	① 교통사고 사실확인원 ② (택1) 합의금이 기재된 경찰서 제출용 형사합의서(경찰 또는 검찰 원본대조필 날인시 원본 인정) 또는 공탁서, 공탁금 출급확인서 ③ (택1) 피해자 진단서(진단주수 포함) 또는 피해자 사망진단서(시체검안서) ④ 공소장(검찰에 기소된 경우) ⑤ 피해자에게 형사합의금 입금된 내역서 및 통장사본	경찰서, 검찰청, 병원
자동차사고 부상발생금	자동차보험 지급결의서(대인 I, 자손/부상등급기재 필수)	자동차 보험 처리회사

4. 비용손해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류	발급기관	
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 기타 회사가 요구하는 증거자료	당사양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

□ 보험금 청구 관련 안내

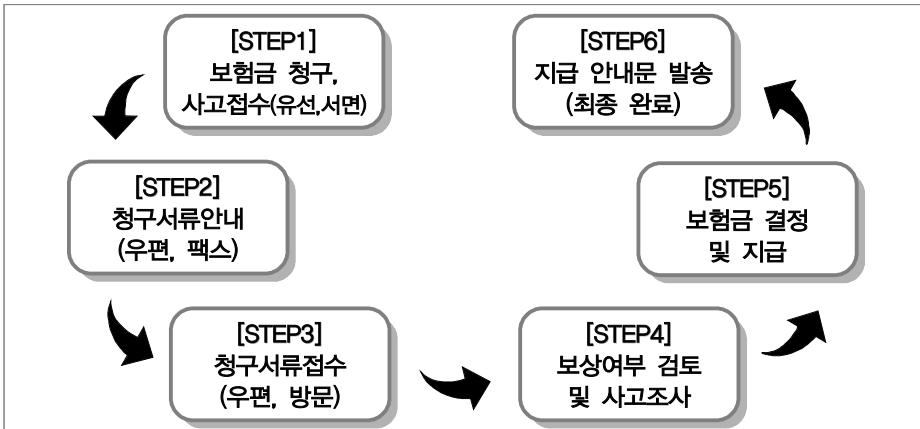
- 보험금을 받으실 통장은 보험수익자 본인 명의의 통장이어야 하며 보험수익자 외에 제3자(대리인) 수령 시에는 보험수익자의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 보험수익자가 미성년자인 경우에는 보험수익자의 법정대리인을 확인할 수 있는 서류(가족관계증명서와 기본증명서)를 제출하여야 하며, 보험수익자의 법정대리인 계좌로 수령이 가능합니다.
- 금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요 할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

□ 보험금 청구 소멸시효

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

□ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 한화손해보험(주)에 접수되는 경우 접수 사실과 담당자에 관한 사항(이름, 연락처)을 LMS(Long Message Service, 장문문자메시지) 또는 선택하신 방법으로 안내 드립니다.
- 보상처리 및 서류 발송과 관련한 문의 사항이 있으신 경우 해당 청구 건의 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



□ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보 제공 동의를 받아 보험업법에 따라 금융위원회에 등록된 손해사정사 또는 손해사정법인에게 조사업무를 위탁할 수 있습니다.

* 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체

- 당사가 손해사정사 또는 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님이 별도로 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님의께서 부담하셔야 합니다.

□ 장해진단서 제출 시 유의사항

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

□ 의료심사

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

□ 보험기간 치료비 분담지급(비례보상 적용)

- 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 중복 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례 보상하며 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
- 타 보험회사에 가입되어 있는 보험계약은 한국신용정보원을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 의료비 비례분담지급과 관련하여 귀하가 원하실 경우 회사는 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 청구관련 구비서류의 제출을 대행해 드립니다. 이 경우 귀하는 회사에 다른 보험 회사에 자료제공을 위한 “실손의료비 접수대행 서비스 신청서”를 제출하셔야 합니다.

□ 보험금 지급안내 및 절차 조회 방법

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 보험금 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액을 안내해 드립니다. 문의사항이 있는 경우에는 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

□ 보험금 부지급 결정 및 재심사 청구

- 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않기로 결정하는 경우에는 구체적인 사유를 유선으로 안내 하며, 해당 결정에 동의하지 않는 경우 담당자에게 재문의 또는 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

□ 예상 지급기일 및 지연이자 지급

- 상해·질병사고는 그 서류를 접수한 날부터 3영업일, 재물 및 배상책임 손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 사유와 지급예정일을 안내 드리며, 지급예정일을 초과한 경우에는 약 관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 지급합니다.

□ 주소변경 통지

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

보험 가입부터 보험금 지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

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

☞ 약관 **"약관교부 및 설명의무 등"** 조항 참조

[2단계] 청약서 작성

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

✓ 계약 전 알릴 의무

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

✓ 피보험자 서면동의

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

☞ 약관 **"계약 전 알릴 의무", "계약의 무효"** 조항 참조

[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

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

☞ 약관 **"보험계약의 성립"** 조항 참조

[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품의 약관에서 정한 보험사고가 발생하였다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하여 보험금을 청구하시기 바랍니다. 구비서류 및 청구절차는 상담센터(1566-8000) 또는 담당 모집인(보험설계사 등)에게 문의하시면 자세히 안내받으실 수 있습니다.

☞ 약관 **"보험금의 지급사유", "보험금의 청구"** 조항 참조

[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님이 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 30영업일 이내), 배상책임 및 재산손해에 대한 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 보험금은 7일 이내에 지급해드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다.

☞ 약관 **"보험금의 지급절차"** 조항 참조

주요 민원사례 안내

□ 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반

- 사례: 보험가입 직전 고혈압 투약처방 받은 사실은 괜찮다는 보험설계사의 말을 믿고 청약서 질문서에 기재하지 않았으나 보험기간중 뇌졸혈 진단 후 청구한 보험금 지급을 거절당하여 민원 제기

☞ 보통약관의 「계약 전 알릴 의무」 조항에 근거하여 계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서에 서 질문한 사항에 대하여 알고있는 사항을 반드시 사실대로 알려야 하며, 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로써 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로 반드시 청약서에 서면으로 알려야 합니다.

□ 직업변경 통지에 따른 보험료 추징

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

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

□ 주소변경 알릴의무

- 사례: 이사한 다음 경황이 없어서 보험료를 내지 못했는데, 보험사고가 발생해서 보험금 청구했더니 보험료 미납입으로 인하여 보험계약이 해지(실효)되었다고 하여 확인한 결과 이사 전 주소로 해지(실효) 통지가 된것으로 확인되었다며, 해지(실효) 통보를 받지 못했으니 보험금 지급을 요구하며 민원제기

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

□ 보상관련 착오 안내

- 사례: 뇌졸혈 진단비와 관련하여 모집자에게 문의하여 보상이가능할 것이라고 안내받았으나, 실제 보험금 청구시 면책통보를 받자 부당하다며 민원제기

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

□ 상품설명 및 자필서명 관련

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

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

□ 보험금 지급기준 관련

- 사례: 급성심근경색증진단비를 가입 한 후, 병원에서 협심증(제7차 한국표준질병·사인분류 기준 I20) 진단을 받음. 동 진단으로 보험금 지급을 요청했으나 보험금 지급이 거절되어 민원제기

☞ 급성심근경색증 진단비 지급대상에 포함되는 질병은 제7차 한국표준질병·사인분류 기준 I21~I23에 해당하는 질병입니다. 협심증은 심장질환이기는 하나, 진단비는 대상이 되는 질병과 분류번호가 일치하는 경우 지급하므로 진단발급시 해당 약관을 확인하시기 바랍니다.

주요 보험용어 해설

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

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

무배당 참 편한 건강보험¹⁷⁰⁴
(세만기형)
보통약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자:
 - 가. 상해·질병보장: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 나. 비용손해보장: 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.
3. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
4. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
5. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
6. 보험약관: 보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
7. 보험가입금액: 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 손해를 말합니다.
2. 장애: “【별표1】 장애분류표”에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: “계약 전 알릴 의무”와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
4. 한국표준질병·사인분류 : 이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제7차 개정(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)을 따릅니다. 한국표준질병·사인분류를 적용하는 보장에 대하여 제8차 개정 이후 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병) 이외에 추가로 약관상 정의에 해당하는 질병(또는 상병)이 있는 경우에는 그 질병(또는 상병)도 포함하는 것으로 합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에

- 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
2. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

[평균공시이율] ([부록] 참조)

「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 보험업감독업무시행세칙 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다.

3. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
 4. 보험금: 피보험자의 사망, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액을 말합니다.
- ④ 기간과 날짜 관련 용어**
1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」([부록] 참조)에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
 3. 보장개시일: 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.
 4. 보험계약일: 계약자와 회사가 보험계약을 체결한 날을 말합니다.
 5. 보험년도: 당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 보험계약일이 2017년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년입니다.
- ⑤ 보험료 관련 용어**
1. 보험료: 계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 보통약관의 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.
 2. 보장보험료: 손해를 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
 3. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
 4. 부가보험료: 회사운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용과 계약관리비용 및 손해조사비로 구분됩니다. 계약관리비용은 다시 유지관련비용과 기타비용으로 구분할 수 있습니다.
 5. 위험보험료: 보장보험료에서 보장부문에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
 6. 적립부분 순보험료: 적립보험료에서 적립부문에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항 제1조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 우선적으로 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을

동지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급 사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용자 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보장성보험 공시이율V의 적용 및 공시)

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

[공시이율]

시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

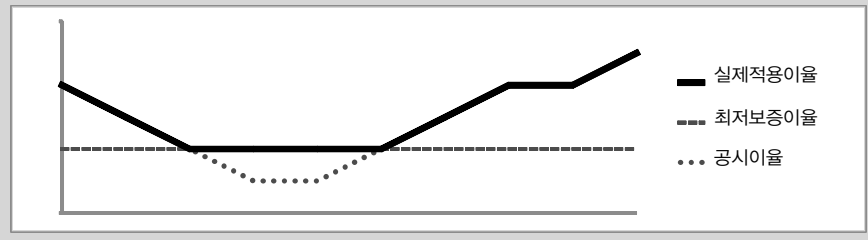
⇒ 공시이율의 공시

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

[최저보증이율]

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금에 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 0.3%인 경우(최저보증이율이 0.5%일 경우), 적립금은 공시이율(0.3%)이 아닌 최저보증이율(0.5%)로 부리됩니다.

⇒ 최저보증이율 적용 예시



제10조(중도인출에 관한 사항)

- ① 회사는 보장개시일부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하

여 계약자가 요청한 시점의 보통약관의 적립부분 해지환급금(단, 보통약관의 해지환급금이 보통약관의 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해지환급금을 한도로 합니다)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만 중도인출금의 요청횟수는 보험년도 기준 연 12회에 한합니다. 또한, 계약일로부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 한도로 합니다.

- ② 제1항의 적립부분 해지환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제38조(해지환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출한 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 말합니다.
- ③ 제1항의 적립부분 해지환급금은 제39조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.

[중도인출시 유의사항]

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

제11조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보장성보험 공시이율 V로 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 중도인출금 및 해당 금액에 부리되었을 이자만큼 차감하고 지급합니다. 또한 이 약관에 정한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 빼고 지급합니다.
- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급기일이 되면 지급기일 7일 이전에 지급사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알리며, 지급기일부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

제12조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)

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

제14조(보험수익자의 지정)

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

제15조(대표자의 지정)

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

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

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

제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않고 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차 이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우는 제24조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제19조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고

가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제20조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1% 를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제21조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문보험계약자] ([부록] 참조)

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 청약을 한 날로부터 30일을 초과한 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 “보험증권을 받은 날”에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제22조(약관교부 및 설명의무 등)

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

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류] ([부록] 참조)

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 전자서명법 제2조 제2호에 규정한 전자서명
3. 전자서명법 제2조 제3호에 규정한 공인전자서명

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제1항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

제23조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사명을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험

자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

[심신상실자]

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자]

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

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

제24조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.
- ③ 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 만기(해지)환급금]

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

제25조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제 2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일: 1989년 10월 2일, 계약일: 2017년 4월 13일

⇒ 2017년 4월 13일 - 1989년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세

제26조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 사망을 보장하는 약관에서 보장하는 사유로 피보험자가 사망한 경우에는 해당 약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제39조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[책임준비금]

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

제5관. 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조(보험료의 납입면제)

제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.

제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

제3절. 납입면제조항 제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정), 제6-1조("일반상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정) 및 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제31조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

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

[납입최고(독촉)기간]

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

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호(【부록】 참조)에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료 중 보장보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초로 청약할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을

보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행]

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

[담보권실행]

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

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해지환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다. 피보험자의 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해지

환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금을 청구한 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제39조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제41조(분쟁의 조정)

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

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

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

제44조(약관의 해석)

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

제45조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

[보험안내자료]

계약의 청약용 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

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

제47조(개인정보보호)

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

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

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

[예금자보호제도]

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

제2절. 보장조항

보통약관(일반상해사망(간편고지)) 보장 보통약관(일반상해사망) 보장

※ 상기 보통약관 중에서 해당 보통약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 보장에서 “사망”이라 함은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

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

제4조(보장의 소멸)

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

제3절. 납입면제조항

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 "암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 제2항에서 정한 "대장점막내암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- ② 이 계약에서 "대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



(: 악성종양세포 침범 깊이)

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ③ 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80(【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ④ "암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

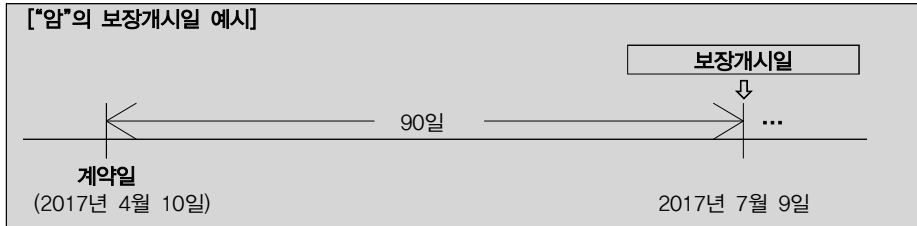
- ① 이 계약에서 "뇌출혈"이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② "뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과 의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "뇌출혈"로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)

- ① 제1절. 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



- ② 해지계약을 제1절. 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 적용합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 1. 상해의 직접결과로서 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “일반상해80%이상후유장해”라 합니다)
 2. 진단확정된 질병의 직접결과로서 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “질병80%이상후유장해”라 합니다)
 3. 제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정된 경우
 4. 제2조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단확정된 경우
 5. 제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우
- ② 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에는 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.
- ③ 회사는 제1항에도 불구하고, 자동갱신 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

- ④ 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절, 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 계약자는 피보험자가 제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일, 전일 이전에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암”에 대한 보장개시일 이후 동일한 암(“암”에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일로부터 “암”에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암”에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제5조(보험료의 납입면제) 제1항에도 불구하고 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 해당 질병과 관련된 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다..
- ⑤ 제2항의 “암”에 대한 보장개시일, 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입면제로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

제6-1조(“일반상해80%이상후유장애”에 관한 세부규정)

- ① 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 장애지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(【별표1】 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 상해 발생일로부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 상해 발생일로부터 1년 이내
- ③ 장애분류표에서 정한 장애에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 장애지급률에 해당하는 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애로 인정하지 않습니다.
- ④ 계약자와 회사가 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원

소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)

- ① 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표【별표1】참조에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 질병의 진단확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 질병의 진단확정일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.
- ④ 계약자와 회사가 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】참조에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그

기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 장해지급률을 최종 후유장애 상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

무배당
참 편한 건강보험¹⁷⁰⁴
(세만기형)
특별약관

1. 상해 관련 특별약관

1-1. 일반상해사망(간편고지, 갱신형) 특별약관 일반상해사망(갱신형) 특별약관

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

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관에서 “사망”이라 함은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-2. 일반상해80%이상후유장해(간편고지) 특별약관 일반상해80%이상후유장해(간편고지, 갱신형) 특별약관 일반상해80%이상후유장해 특별약관 일반상해80%이상후유장해(갱신형) 특별약관

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

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 장해분류표(별표1) 참조에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표1) 참조에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 상해 발생일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(부록) 참조에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직 전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당

되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 내지 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 일반상해80%이상후유장해(간편고지, 갱신형), 일반상해80%이상후유장해(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암”에 대한 보장개시일 이후 동일한 암(“암”에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일로부터 “암”에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암”에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제5조(특별약관 보험료의 납입면제) 제1항에도 불구하고 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 해당 질병과 관련된 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서

정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

- ⑦ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6-2조(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 일반상해80%이상후유장해(간편고지, 갱신형), 일반상해80%이상후유장해(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 일반상해80%이상후유장해(간편고지, 갱신형), 일반상해80%이상후유장해(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

1-3. 일반상해입원비(1일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 일반상해입원비(1일이상, 갱신형) 특별약관

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

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항, 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-4. 일반상해입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 일반상해입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관

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

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 상해입

원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ④ 제1항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항, 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-5. 상해수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관 상해수술비(갱신형) 특별약관

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

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 상해수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절, 보장조항, 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(옹비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-6. 자동차사고부상발생금(차등급부) 특별약관 자동차사고부상발생금(차등급부, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “자동차사고”에 의한 상해의 직접 결과로서 자동차사고 부상등급표【별표10】참조에 정한 부상등급을 받은 경우에는 부상등급에 따라 아래의 지급금액을 자동차사고부상발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	1급	2급	3급	4급	5급	6~7급	8~10급	11~14급
지급 금액	이 특별약관 보험가입금액의							
	100배	60배	30배	15배	8배	4배	2배	1배

② 제1항의 "자동차사고"라 함은 피보험자에 따라 아래에서 정한 사고를 말합니다.

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

③ 제2항의 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항의 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)
 2. 하역작업
 3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업
 4. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용
- ③ 피보험자가 비운전자인 경우 회사는 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 자동차사고부상발생금(차등급부, 갱신행) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 자동차사고부상발생금(차등급부, 갱신행) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장 특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2. 질병 관련 특별약관

2-1. 질병사망(간편고지) 특별약관, 질병사망(간편고지, 갱신형) 특별약관 질병사망 특별약관, 질병사망(갱신형) 특별약관

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

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병사망(간편고지), 질병사망 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 질병사망(간편고지, 갱신형), 질병사망(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

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

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병사망(간편고지, 갱신형), 질병사망(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병사망(간편고지, 갱신형), 질병사망(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-2. 질병80%이상후유장해(간편고지) 특별약관 질병80%이상후유장해(간편고지, 갱신형) 특별약관 질병80%이상후유장해 특별약관 질병80%이상후유장해(갱신형) 특별약관

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

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로서 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병80%이상후유장해(간편고지), 질병80%이상후유장해 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 질병80%이상후유장해(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유장해(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 질병의 진단확정일로부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 질병의 진단확정일로부터 1년 이내

- ③ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 합니다.
- ⑦ 장애분류표에서 정한 장애에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 장애지급률에 해당하는 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 발생한 경우에는 각 장애지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 다른 질병으로 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 이미 이 특별약관에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항의 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

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

제4조(특별약관 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제3호 내지 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병80%이상후유장해(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유장해(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절, 공동조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 "암"에 대한 보장개시일 이후 동일한 암("암"에 대한 보장개시일) 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일로부터 "암"에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암"에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암"에 대한 보장개시일,부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제4조(특별약관 보험료의 납입면제) 제1항에도 불구하고 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 해당 질병과 관련된 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 "암"에 대한 보장개시일, 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- ⑦ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "일반상해 80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6-1조("일반상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병80%이상후유장해(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유장해(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병80%이상후유장해(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유

장해(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-3. 질병입원비(1일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 질병입원비(1일이상, 갱신형) 특별약관

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

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

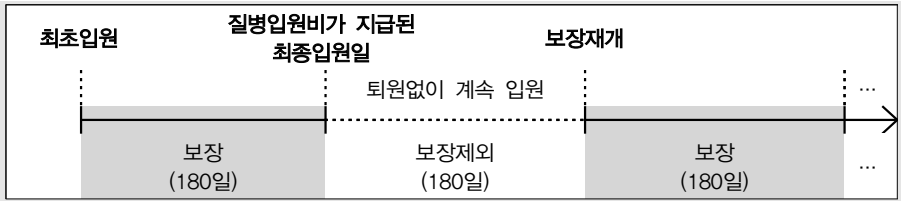
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액)	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 합니다.
- ⑩ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개

- 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-4. 질병입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관
질병입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관**

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

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

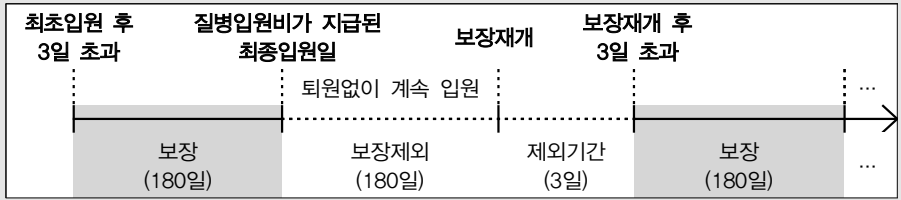
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 아래의 금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 합니다.
- ⑩ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

- 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-5. 질병수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병수술비(갱신형) 특별약관**

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

제1조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회] (【부록】 참조)

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

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

- ② 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급 사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문 관련 질환, 치핵(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-6. 34대질병수술비 II (간편고지, 갱신형) 특별약관 34대질병수술비 II (갱신형) 특별약관

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

제1조("34대질병"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "34대질병"이라 함은 34대질병 분류표([별표9] 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② "34대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항([부록] 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영

(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 "눈 관련 질환"으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회] (【부록】 참조)

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

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "34대질병"으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 수술 1회당 34대질병수술비^{II}로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신 계약
	계약일부 경과기간 1년미만	계약일부 경과기간 1년이상	
A	당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성 하부호흡기질환, 신부전, 폐렴, 결핵 수술시	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액
B	백내장, 녹내장, 황반변성, 담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 중이의 진주종, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 생식기질환, 관절염, 골다공증, 유방의 양성신생물 수술시	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 5%	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 10%

- ② 제1항에도 불구하고 "34대질병" 중 "눈 관련 질환"으로 레이저(Laser)수술을 받은 경우, 수술 개시일부 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

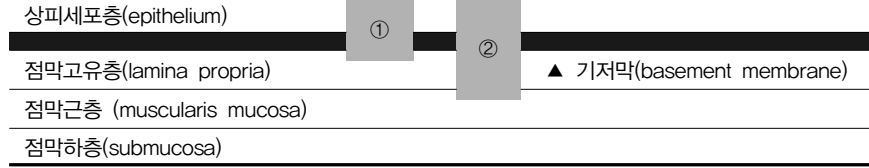
2-7. 암(유사암제외)진단비(간편고지) 특별약관 암(유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관 암(유사암제외)진단비 특별약관 암(유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

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

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 제2항에서 정한 “대장점막내암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

[대장점막내암 예시]



(: 악성종양세포 침범 깊이)

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ③ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 참조의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ④ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(유사암제외)진단비(간편고지), 암(유사암제외)진단비 특별약관

계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 암(유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에

따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(유사암제외)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제2호, 제4호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 암(유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절, 공동조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

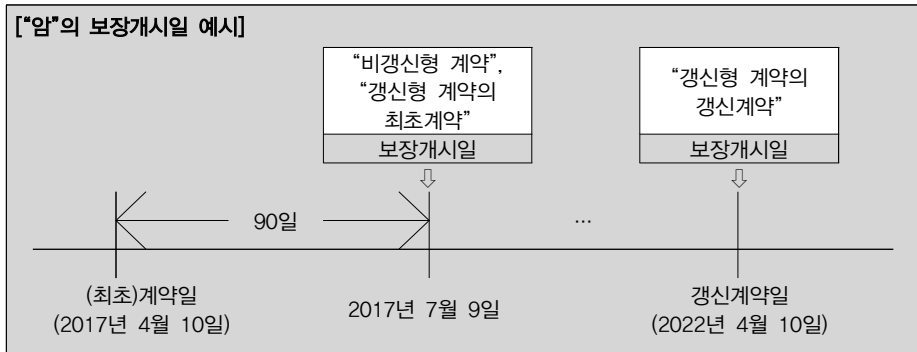
제7조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 제6조(특별약관 보험료의 납입면제) 제1항에도 불구하고 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 해당 질병과 관련된 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
- ⑤ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 “일반상해 80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6-1조(“일반상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.
- ⑥ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6-2조(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부러 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 암(유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암(유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않

는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

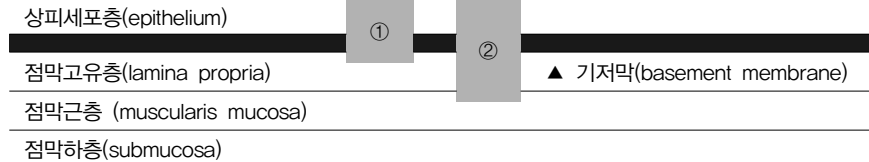
2-8. 유사암진단비(간편고지) 특별약관 유사암진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관 유사암진단비 특별약관, 유사암진단비(갱신형) 특별약관

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

제1조("기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병-사인분류에 따릅니다.
- ② 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병-사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 "대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

[대장점막내암 예시]



([shaded area] : 악성종양세포 침범 깊이)

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
 - ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우
- ④ 한국표준질병-사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80(【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
 - ⑤ "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암" 또는 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물(대장점막내암 제외) 분류표(【별표5】 참조)

에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.

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

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표【별표6】참조에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정이 된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

- 1. 유사암진단비(간편고지), 유사암진단비 특별약관

계약일로부터 1년 미만 이 특별약관 보험가입금액의 50%	계약일로부터 1년 이상 이 특별약관 보험가입금액
---	--------------------------------------

- 2. 유사암진단비(간편고지, 갱신형), 유사암진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만 이 특별약관 보험가입금액의 50%	계약일로부터 1년 이상 이 특별약관 보험가입금액	

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급 사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암진단비를 세부보장별(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 대장점막내암)로 각각 1회씩 총 5회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 유사암진단비(간편고지, 갱신형), 유사암진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 유사암진단비(간편고지, 갱신형), 유사암진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

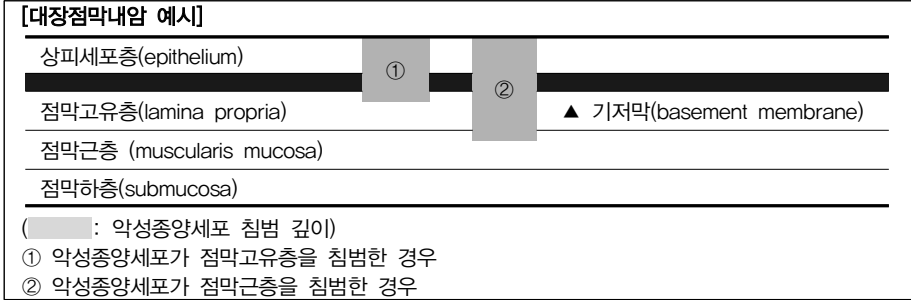
2-9. 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지) 특별약관 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 암직접치료입원비(4일이상) 특별약관 암직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관

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

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의

질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ⑤ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물(대장점막내암 제외) 분류표【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표【별표6】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(“입원”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자

리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 “암 등의 질병”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “암 등의 질병”으로 진단된 경우에 이는 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단이 확정되고 그 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 3일 초과 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지), 암직접치료입원비(4일이상) 특별약관

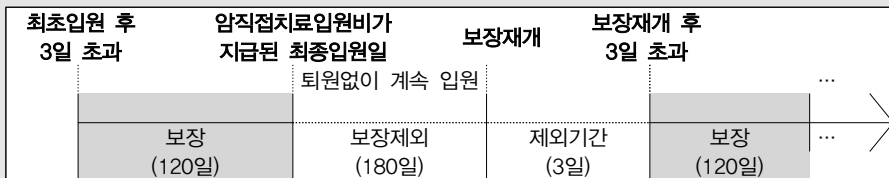
구 분	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“암”으로 입원시	-	3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액
“갑상선암”으로 입원시	3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%
“기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 5%		3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%

2. 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형), 암직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관

구 분	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
“암”으로 입원시	-	3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액	
“갑상선암”으로 입원시	3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%	
“기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 5%		3일 초과 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제5조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- 피보험자가 동일한 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 제2항에도 불구하고 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 암직접치료입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.



- 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원비는 계속 보장합니다.
- 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계

약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

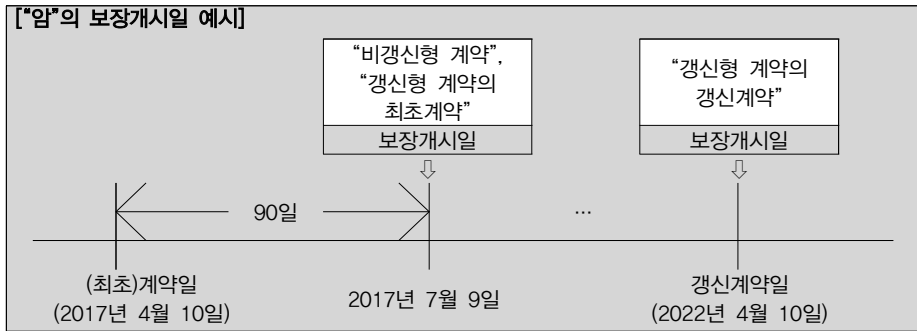
- ⑨ 제8항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “갑상선암”, “기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형), 암직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형), 암직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동 갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

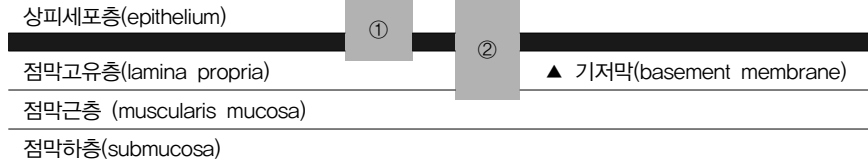
2-10. 암수술비(간편고지) 특별약관, 암수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관 암수술비 특별약관, 암수술비(갱신형) 특별약관

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

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 제4항에서 정한 "대장점막내암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 "대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

[대장점막내암 예시]



(): 악성종양세포 침범 깊이

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑥ "암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전

문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물(대장점막내암 제외) 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회] (【부록】 참조)

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

- ③ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

- ④ 제3항의 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑤ 제3항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단이 확정되고 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암수술비(간편고지), 암수술비 특별약관

구 분	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“암”으로 수술시	-	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액
“갑상선암”으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 20%
“기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 5%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%

2. 암수술비(간편고지, 갱신행), 암수술비(갱신행) 특별약관

구 분	최초계약			갱신택약
	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
“암”으로 수술시	-	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	
“갑상선암”으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 20%	
“기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 5%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.
- 2 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- 3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 5 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

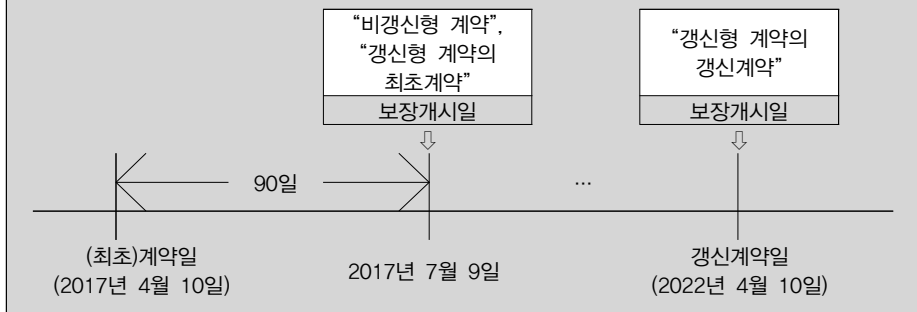
제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

- 1 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["암"의 보장개시일 예시]



- 2 "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “갑상선암, 기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 암수술비(간편고지, 갱신형), 암수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암수술비(간편고지, 갱신형), 암수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

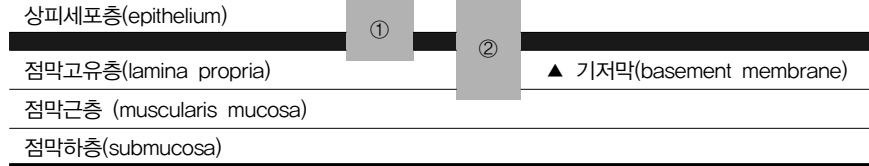
2-11. 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 암(유사암제외)수술비(1회한) 특별약관 암(유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

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

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 제2항에서 정한 “대장점막내암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병-사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

[대장점막내암 예시]



(: 악성종양세포 침범 깊이)

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ③ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 참조의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ④ “암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회] 【부록】 참조)

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

- ③ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.
- ④ 제3항의 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑤ 제3항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(유사암제외)수술비(1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지), 암(유사암제외)수술비(1회한) 특별약관

계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 암(유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암(유사암제외)수술비(1회한)가 지급되지 않습니다.
- ② 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

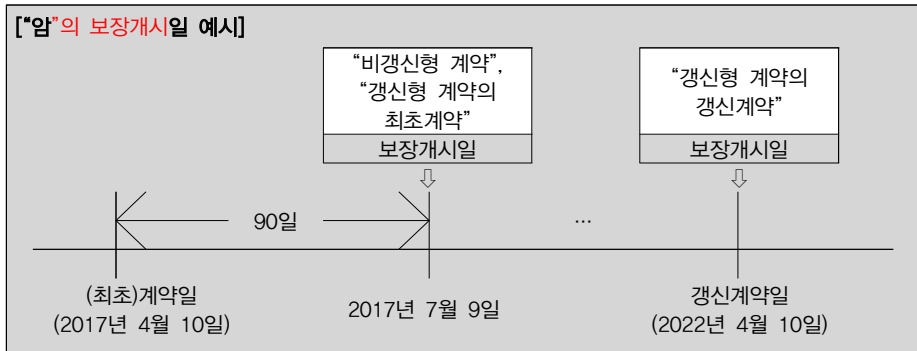
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 암(유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 암(유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-12. 뇌출혈진단비(간편고지) 특별약관 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈진단비 특별약관, 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관

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

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌출혈진단비(간편고지), 뇌출혈진단비 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서

정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당되는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절, 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일, 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암”에 대한 보장개시일, 이후 동일한 암(“암”에 대한 보장개시일, 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일로부터 “암”에 대한 보장개시일, 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암”에 대한 보장개시일, 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암”에 대한 보장개시일,부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제5조(특별약관 보험료의 납입면제) 제1항에도 불구하고 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 해당 질병과 관련된 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 “암”에 대한 보장개시일, 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서

정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

- ⑦ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 “일반상해 80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-1조(“일반상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.
- ⑧ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-2조(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-13. 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관

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

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과 의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“입원”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “뇌출혈”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “뇌출혈의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “뇌출혈”로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “뇌출혈”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌출혈”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “뇌출혈”로 진단된 경우에 이는 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단이 확정되고 “뇌출혈”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 3일 초과 입원 1일당 아래의 금액을 뇌출혈직접치료입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상) 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈직접치료입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 “뇌출혈”의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 “뇌출혈”에 대한 입원이라도 뇌출혈직접치료입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 뇌출혈직접치료입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌출혈직접치료입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원 후 3일 초과	뇌출혈직접치료입원비가 지급된 최종입원일	보장재개	보장재개 후 3일 초과	
	퇴원없이 계속 입원			...
보장 (120일)	보장제외 (180일)	제외기간 (3일)	보장 (120일)	...

- ④ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “뇌출혈”로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 “뇌출혈”의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌출혈직접치료입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑨ 제8항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-14. 뇌출혈수술비(간편고지) 특별약관 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈수술비 특별약관, 뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관

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

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

- ② “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “뇌출혈”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회] (【부록】 참조)

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

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단이 확정되고 “뇌출혈”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 수술1회당 아래의 금액을 뇌출혈수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌출혈수술비(간편고지), 뇌출혈수술비 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-15. 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈수술비(1회한) 특별약관 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

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

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “뇌출혈”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회] (【부록】 참조)
 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단이 확정되고 “뇌출혈”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈수술비(1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지), 뇌출혈수술비(1회한) 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-16. 급성심근경색증진단비(간편고지) 특별약관 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증진단비 특별약관 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관

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

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정이 된 경우에는

최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증진단비(간편고지), 급성심근경색증진단비 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절, 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암”에 대한 보장개시일 이후 동일한 암(“암”에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 질병의 중앙세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일로부터 “암”에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암”에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제5조(특별약관 보험료의 납입면제) 제1항에도 불구하고 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 해당 질병과 관련된 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- ⑦ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 “일반상해 80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6-1조(“일반상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.
- ⑧ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6-2조(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않

는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-17. 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 간편고지) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관

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

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "급성심근경색증"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 "급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "급성심근경색증"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "급성심근경색증"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "급성심근경색증"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "급성심근경색증"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "급성심근경색증"으로 진단된 경우에 이는 "급성심근경색증"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단이 확정되고 "급성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 3일 초과 입원 1일당 아래의 금액을 급성심근경색증직접치료입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 간편고지), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상) 특별약관

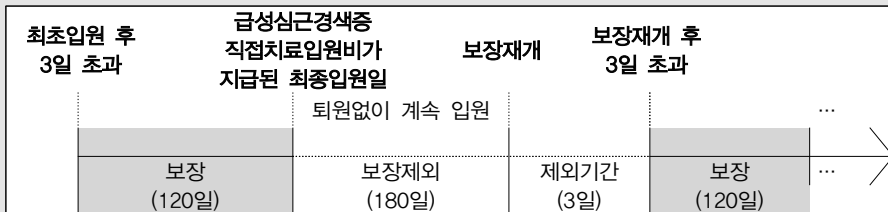
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

2. 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형),
급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제3조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증직접치료입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- 제3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 제2항에도 불구하고 “급성심근경색증”에 대한 입원이라도 급성심근경색증직접치료입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 급성심근경색증직접치료입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 급성심근경색증직접치료입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “급성심근경색증”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 급성심근경색증직접치료입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별

약관에 따라 보장합니다.

- ⑨ 제8항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 간편심사, 갱신형), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-18. 급성심근경색증수술비(간편고지) 특별약관 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증수술비 특별약관 급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관

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

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 재(이하 “의

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

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회] (【부록】 참조)
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단이 확정되고 "급성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 수술1회당 아래의 금액을 급성심근경색증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증수술비(간편고지), 급성심근경색증수술비 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액

2. 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-19. 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

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

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "급성심근경색증"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 빨아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에

서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회] (【부록】 참조)

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

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되고 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증수술비(1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지), 급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관

계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

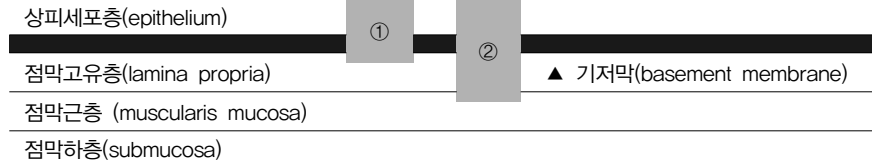
2-20. 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 간편고지) 특별약관 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한) 특별약관 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관

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

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 제2항에서 정한 "대장점막내암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 "대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

[대장점막내암 예시]



(: 악성종양세포 침범 깊이)

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ② 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80(【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다.

- ③ “암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 3대질병(“암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”) 중 어느 하나에 해당하는 질병으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 간편고지), 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한) 특별

구 분		계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
첫3대질병 (유사암제외) 진단비(1회한)	“암”으로 진단확정시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	“뇌출혈”로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관 보험가입금액
	“급성심근경색 증”으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관 보험가입금액

2. 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형),
첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관

구 분		최초계약			갱신계약
		계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
		90일 이하	90일 초과		
첫3대질병 (유사암제외) 진단비(1회한)	“암”으로 진단확정시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	
	“뇌출혈”로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관 보험가입금액	
	“급성심근경색 증”으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관 보험가입금액	

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 「“암”에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(“암”에 대한 보장개시일, 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일로부터 「“암”에 대한 보장개시일, 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 「“암”에 대한 보장개시일, 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「“암”에 대한 보장개시일,부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제3항의 「“암”에 대한 보장개시일, 이전이 지나는 동안」 및 제5항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최

고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7. 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항 및 제5항의 청약일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

1. 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 제1항에도 불구하고 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형), 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
3. 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절, 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

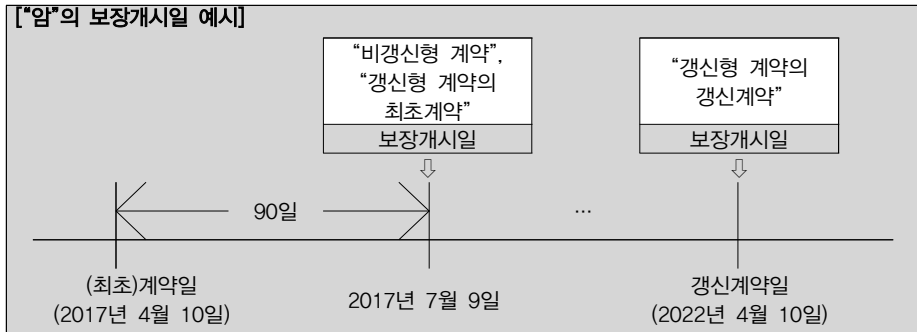
제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1. 제7조(특별약관 보험료의 납입면제) 제1항에도 불구하고 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 해당 질병과 관련된 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
2. 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3. 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4. 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
5. 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "일반상해 80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6-1조("일반상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)를 따릅니다.
6. 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이

상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6-2조(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

- 1 ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



- 2 ② “뇌출혈”, “급성심근경색증”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- 1 ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- 2 ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “뇌출혈”, “급성심근경색증”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(특별약관의 보험기간)

- 1 ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 ② 제1항에도 불구하고 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회환, 간편고지, 갱신형), 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회환, 간편고지, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회환, 간편고지, 갱신형), 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회환, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

3. 비용손해 특별약관

3-1. 벌금(운전자용) 특별약관, 벌금(운전자용, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 1사고당 2,000만 원을 한도로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “벌금”이라 함은 법원의 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차”라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)이하 “9종 건설기계”라 합니다. 다만, 9종 건설기계 작업기계가 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제1항에서 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 벌금(운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 벌금(운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱

신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-2. 자동차사고변호사선임비용(운전자용) 특별약관 자동차사고변호사선임비용(운전자용, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 해당 사고의 해결을 위해 변호사를 선임하게 된 경우에는 사고 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 실제 변호사 선임에 따른 비용을 자동차사고변호사선임비용으로 피보험자에게 지급합니다.
다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에서 변호사를 선임하게 된 경우는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 1. 구속영장에 의해 구속된 경우
 2. 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다. 단 약식기소는 제외합니다)된 경우
 3. 검찰에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의한 보통의 심판절차인 공판절차에 따라 재판을 진행한 경우
- ③ 제2항에서 “약식기소”라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ④ 제1항에서 “자동차”라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 “9종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 “사고 1회”라 함은 하나의 자동차 운전 중 발생한 교통사고를 말하며, “사고”로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.
- ⑦ 제1항에서 정한 자동차사고변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

피보험자가 자동차사고변호사선임비용을 청구할 때에는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)를 제출하여야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 자동차사고변호사선임비용(운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 자동차사고변호사선임비용(운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동차갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-3. 대인형사합의실손비(운전자용) 특별약관 대인형사합의실손비(운전자용, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(이하 “피해자”라 합니다)에게 다음 중 어느 하나에 해당하는 손해를 입힌 경우에는 사고 1회당 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 대인형사합의실손비로 피보험자에게 지급합니다.
 1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
 2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

3. “일반교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항(【부록】 참조), 「형법」 제268조(【부록】 참조), 「교통사고처리특례법」 제3조(【부록】 참조)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다)되거나 「자동차손해배상보장법 시행령」 제3조(【부록】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

[중상해]

“중상해”라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ② 제1항의 대인형사합의실손비는 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우: 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일 이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우: 3천만원

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.

- ④ 제1항의 “자동차”라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)이하 “9종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

- ⑤ 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표11】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 “중대법규위반 교통사고”로 보지 않습니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 자동차사고 중에서 “중대법규위반 교통사고”에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표11】 참조) 참조) 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 “일반교통사고”로 보지 않습니다.

- ③ 피보험자와 피해자 사이에 형사합의가 이루어지지 않아 피보험자가 피해자를 피공탁자로 하여 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 한도 내에서 피보험자에게 지급합니다.

- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하

여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
 3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서
 5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
 6. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

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

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에

계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 대인형사합의실손비(운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 대인형사합의실손비(운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-4. 중상해대인형사합의실손비(운전자용) 특별약관 중상해대인형사합의실손비(운전자용, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(이하 “피해자”라 합니다)에게 제1호에 해당하는 손해를 입힌 경우에는 사고 1회당 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 중상해대인형사합의실손비로 피보험자에게 지급합니다.

- 1. “일반교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항(【부록】 참조), 「형법」 제268조(【부록】 참조), 「교통사고처리특례법」 제3조(【부록】 참조)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다)되거나 「자동차손해배상보장법 시행령」 제3조(【부록】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

[중상해]

“중상해”라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ② 제1항의 중상해대인형사합의실손비는 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
 - 1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
 - 2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.
- ④ 제1항의 “자동차”라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 “9종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보

험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 자동차사고 중에서 “중대법규위반 교통사고”에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표11】 참조) 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 “일반교통사고”로 보지 않습니다.
- ② 피보험자와 피해자 사이에 형사합의가 이루어지지 않아 피보험자가 피해자를 피공탁자로 하여 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출금 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 한도 내에서 피보험자에게 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
 3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서
 5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
 6. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(공제계약

을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

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

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 중상해대인형사합의실손비(운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 중상해대인형사합의실손비(운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-5. 면허정지(영업용운전자용) 특별약관 면허정지(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지된 경우에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 면허정지기간 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 면허정지보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아니면 면허정지보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항의 “면허정지기간”이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간이 감경되었거나 감경될 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경되었거나 감경될 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간이 감경되지 않아 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조치 확인서를 제출할 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차”라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조【부록】참조에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조【부록】참조에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주시인 것을 말함)이하 “9종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제1항에서 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피

보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(부록) 참조에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 면허정지(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 면허정지(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-6. 면허취소(영업용운전자용) 특별약관 면허취소(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 취소된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 면허취소 행정처분 사유가 교통사고가 아니면 면허취소보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(부록) 참조에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(부록) 참조에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)이하 “9종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건

설계기가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

- ③ 제1항에서 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(부록) 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 면허취소(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 면허취소(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-7. 보이스피싱손해(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 전화금융사기(이하 ‘보이스피싱’이라 합니다.)로 인하여 금전상의 피해를 입은 경우에는 피보험자에게 발생한 실제 금전손실액(피해환급금 결정 이후 최종손실액)의 70%를 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상합니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 때에 「전기통신금융사기 피해방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」(이하 「특별법」) 제3조(피해구제의 신청)(부록) 참조)에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

[보이스 피싱(Voice Phishing, 전화금융사기)]

사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 또는 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.

[실제 금전손실액]

법원의 판결, 경찰 조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 피보험자(보장대상자)의 금전손실액 원금을 말하며, 「특별법」 제10조(피해환급금의 결정·지급)(【부록】 참조)에 의해 지급되는 피해환급금은 제외됩니다.

[피해환급금]

「특별법」 제6조(채권소멸절차 개시 이후의 피해구제)(【부록】 참조)에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조(피해환급금의 결정·지급)(【부록】 참조)에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.

[개인정보]

살아 있는 개인에 관한 정보로서 해당 정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의나 중대한 과실, 또는 이들이 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위 또는 불성실 행위
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 「특별법」 제10조(피해환급금의 결정·지급)(【부록】 참조)에 따라 지급받은 해당금액
5. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
7. 원인의 직·간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 아니합니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 상태
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장애, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장애
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 피보험자의 사업 또는 업무와 관련하여 발생한 사고
12. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
13. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 피해자신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

3. 경찰서에서 발행한 보이스 피싱 피해신고확인서(단, 피해금액이 명시되어 있어야 함)
4. 지급정지요청서(「특별법」 시행령 별지 제2호 서식)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우에는 피해구제신청서(「특별법」 시행령 별지 제1호 서식) 및 지급정지금액을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 '피해환급금 결정통지서' 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래의 방법에 따라 손해를 보상합니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
--

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-8. 의료사고법률비용(실손, 갱신행) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “의료기관”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.
- ③ 제1항의 “의료사고”라 함은 의료 행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.
- ④ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자의 고의
2. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 이미 의료사고가 발생한 경우
3. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료 확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 피보험자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-9. 민사소송법률비용(실손, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 민사소송사건이 이 특별약관의 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 이 특별약관에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 「대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

- ② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)을 말하며 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.
- ③ 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에서 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[소송제기의 원인이 되는 사건]

소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증될 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

1. 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
2. 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

[연간 하나의 사건]

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

[하나의 소송]

「대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심은 제외합니다.)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

(관련법령【부록】참조)

- ④ 위 제1항에도 불구하고 이 특별약관이 갱신형인 경우 직전 계약의 보험기간 중에 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생한 경우에 제1항 내지 제3항에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액

소송목적의 값	변호사비용
1천만원까지	소송목적의 값 × 8% (단, 위 계산결과가 30만원 미만인 경우에는 30만원)
1천만원 초과 ~ 2천만원	80만원 + (소송목적의 값 - 1천만원) × 7%
2천만원 초과 ~ 3천만원	150만원 + (소송목적의 값 - 2천만원) × 6%
3천만원 초과 ~ 5천만원	210만원 + (소송목적의 값 - 3천만원) × 5%
5천만원 초과 ~ 7천만원	310만원 + (소송목적의 값 - 5천만원) × 4%
7천만원 초과 ~ 1억원	390만원 + (소송목적의 값 - 7천만원) × 3%
1억원 초과 ~ 2억원	480만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × 2%
2억원 초과 ~ 5억원	680만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × 1%
5억원 초과	980만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × 0.5%

주1) 소송목적의 값에 따라 계산된 변호사 비용이 30만원 미만인 경우에는 30만원으로 합니다.

주2) 향후 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에서 정한 위 변호사비용 한도가 변경되는

경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

2. 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 × 0.5%
1천만원 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억원 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.40%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

단, 향후 「민사소송 등 인지법」에서 정한 위 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

3. 대법원이 정한 「송달료 규칙」에서 정한 송달료의 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	송달료
1심 민사소액/민사단독/민사합의	74,000원 / 111,000원 / 111,000원
2심/3심	88,800원 / 59,200원

단, 향후 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 위 송달료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

- ② 회사는 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항 각 호에 대해 중국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 대하여 회사가 지급하여야 할 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기, 인낙, 소의 취하, 소의 각하
6. 「특허법」에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 「상표법」에 정한 상표권, 「실용신안법」에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상 등)【부록】 참조에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송

- 13.가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 “의무보험”이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
- 14.환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
- 15.전부 패소에 따라 피보험자가 민사소송 상대방에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- 16.석면(이를 구성 물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약품구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- 17.법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- 18.피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.

[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[청구의 포기]

원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유없음을 자인한 것을 말합니다.

[인낙]

피고가 원고의 소송상의 청구가 이유있음을 인정한 것을 말합니다.

[소의 취해]

민사소송법 제266조(소의 취해), 동법 제393조(항소의 취해), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

[소의 각하]

민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

[가족]

1. 피보험자의 부모와 양부모
 2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
 3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실상 관계에 있는 배우자
 4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실상 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
 5. 피보험자의 며느리
 6. 피보험자의 사위
- ※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

(관련법령 **【부록】** 참조)

제4조(손해의 통지 및 조사)

- 1️⃣ 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려

아 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
 2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
 3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
 4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다.)
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당 조서, 판결서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항의 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
--

- ② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액 확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 가지지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 가집니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제12조(조사)

- ① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제13조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제14조(특별약관의 해지)

- ① 계약자는 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제1절, 공동조항 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제1절, 공동조항 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때,
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제10조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 때에는 회사는 특별약관을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 부여하지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

- ⑤ 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출 방법서」에 따라 계산한 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에도 그 손해를 보상하지 않습니다. 단, 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제13조(주소변경통지), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)는 준용하지 않습니다.

3-10. 행정소송법률비용(실손, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 행정소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 이 특별약관에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 「대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	행정사건	사건별 부호
1심	행정1심사건	구합
	행정1심재정단독사건	구단
항소심	행정항소사건	누
상고심	행정상고사건	두

- ② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)을 말하며 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

[소송제기의 원인이 되는 사건]

소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가 기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 소송은 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[하나의 소송]

“대법원 법원재판사무 처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규”에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다(“민사소송법^{제)}에 정한 파기환송심, 재심 및 행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다). 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(“민사소송법^{제)} 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법^{제)} 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

(관련 법령 【부록】 참조)

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액

소송목적의 값	변호사비용
1천만원까지	소송목적의 값 x 8%
1천만원 초과 ~ 2천만원	80만원 + (소송목적의 값 - 1천만원) x 7%
2천만원 초과 ~ 3천만원	150만원 + (소송목적의 값 - 2천만원) x 6%
3천만원 초과 ~ 5천만원	210만원 + (소송목적의 값 - 3천만원) x 5%
5천만원 초과 ~ 7천만원	310만원 + (소송목적의 값 - 5천만원) x 4%
7천만원 초과 ~ 1억원	390만원 + (소송목적의 값 - 7천만원) x 3%
1억원 초과 ~ 2억원	480만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x 2%
2억원 초과 ~ 5억원	680만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%
5억원 초과	980만원 + (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%

주1) 소송목적의 값에 따라 계산된 변호사 비용이 30만원 미만인 경우에는 30만원으로 합니다.

주2) 단, 향후 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에서 정한 위 변호사비용 한도가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

2. 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억원 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

- 주1) 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용 합니다.
- 주2) 단, 향후 「민사소송 등 인지법」에서 정한 위 인지액 한도가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.
3. 대법원이 정한 「송달료규칙」의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료의 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	송달료
행정1심사건 / 행정1심재정단독사건	74,000원
행정항소사건	74,000원
행정상고사건	59,200원

주) 단, 향후 「송달료규칙」의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 위 송달료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

- ③ 회사는 제2항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제2항 각 호에 대해 중국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.
- ④ 제2항에 대하여 회사가 지급하여야 할 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「행정소송법」(행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 「민사소송법」을 포함합니다)에 정한 청구의 포기, 인낙, 소의 취하, 소의 각하
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상 등)【부록】참조)에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.

- 이하 "의무보험"이라 합니다.)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
 15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대방에게 부담하여야 할 소송비용 일체
 16. 석면(이를 구성 물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
 17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
 18. "국민투표무효소송" 및 「공직선거법」이 정한 "선거 무효소송"(공직선거법 제222조)(【부록】참조), "당선 무효소송"(공직선거법 제223조)(【부록】참조)
 19. 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한 때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위하여 제기하는 소송
 20. 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관 소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
 21. 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.

[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[청구의 포기]

원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유없음을 자인한 것을 말합니다.

[인낙]

피고가 원고의 소송상의 청구가 이유있음을 인정한 것을 말합니다.

[소의 취하]

행정소송법 및 민사소송법^{주)} 제266조(소의 취하), 동법^{주)} 제393조(항소의 취하), 동법^{주)} 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

[소의 각하]

행정소송법 및 민사소송법^{주)} 제254조(재판장의 소장심사권), 동법^{주)} 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법^{주)} 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법^{주)} 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

(관련 법령 【부록】 참조)

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

제4조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
 1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
 2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
 3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
 4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항의 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
--

- ② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액

을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제12조(조사)

- ① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제13조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제14조(특별약관의 해지)

- ① 계약자는 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제1절, 공동조항 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제1절, 공동조항 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때,
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제10조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나

부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

- ⑤ 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출 방법서」에 따라 계산한 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 단, 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제13조(주소변경통지), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)는 준용하지 않습니다.

4. 제도성 특별약관

4-1. 보장특약 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

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

간편 고지형	<p>일반상해사망(간편고지, 갱신행), 일반상해80%이상후유장해(간편고지, 갱신행), 질병80%이상후유장해(간편고지, 갱신행), 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 간편고지, 갱신행), 일반상해입원비(1일이상, 간편고지, 갱신행), 일반상해입원비(4일이상, 간편고지, 갱신행), 상해수술비(간편고지, 갱신행), 질병입원비(1일이상, 간편고지, 갱신행), 질병입원비(4일이상, 간편고지, 갱신행), 질병수술비(간편고지, 갱신행), 34대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신행), 암(유사암제외)진단비(간편고지, 갱신행), 유사암진단비(간편고지, 갱신행), 암직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신행)</p> <p>암수술비(간편고지, 갱신행), 암(유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신행), 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신행), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신행), 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신행), 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신행), 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신행), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 간편고지, 갱신행), 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신행), 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신행), 면허정지(영업용운전자용, 갱신행), 면허취소(영업용운전자용, 갱신행), 벌금(운전자용, 갱신행), 자동차사고 변호사선임비용(운전자용, 갱신행), 대인형사합의실손비(운전자용, 갱신행), 중상해대인형사합의실손비(운전자용, 갱신행), 자동차사고부상발생금(차등급부, 갱신행), 보이스피싱손해(갱신행), 의료사고법률비용(실손, 갱신행), 민사소송법률비용(실손, 갱신행), 행정소송법률비용(실손, 갱신행), 질병사망(간편고지, 갱신행)</p>
일반 고지형	<p>일반상해사망(갱신행), 일반상해80%이상후유장해(갱신행), 질병80%이상후유장해(갱신행), 첫3대질병(유사암제외)진단비(1회한, 갱신행), 암(유사암제외)진단비(갱신행), 유사암진단비(갱신행), 암직접치료입원비(4일이상, 갱신행), 암수술비(갱신행), 암(유사암제외)수술비(1회한, 갱신행), 뇌출혈진단비(갱신행), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상, 갱신행), 뇌출혈수술비(갱신행), 뇌출혈수술비(1회한, 갱신행), 급성심근경색증진단비(갱신행), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상, 갱신행), 급성심근경색증수술비(갱신행), 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신행), 일반상해입원비(1일이상, 갱신행), 일반상해입원비(4일이상, 갱신행), 상해수술비(갱신행), 질병입원비(1일이상, 갱신행), 질병입원비(4일이상, 갱신행), 질병수술비(갱신행), 34대질병수술비Ⅱ(갱신행), 면허정지(영업용운전자용, 갱신행), 면허취소(영업용운전자용, 갱신행), 벌금(운전자용, 갱신행), 자동차사고 변호사선임비용(운전자용, 갱신행), 대인형사합의실손비(운전자용, 갱신행), 중상해대인형사합의실손비(운전자용, 갱신행), 자동차사고부상발생금(차등급부, 갱신행), 보이스피싱손해(갱신행), 의료사고법률비용(실손, 갱신행), 민사소송법률비용(실손, 갱신행), 행정소송법률비용(실손, 갱신행), 질병사망(갱신행)</p>

제2조(보장특약의 자동갱신)

- ① 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사 표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로

보장특약의 만기일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 보장특약(이하 “갱신후 보장특약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 이 상품의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 갱신후 보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 한다. 다만, 갱신 후 보장특약의 만기일이 회사가 정한 기간을 초과할 경우에는 회사가 정한 기간까지의 기간을 갱신후 보장특약 보험기간으로 합니다.
- ③ 제1항에 따라 갱신전 보장특약이 갱신후 보장특약으로 자동갱신되는 경우, 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ④ 제3항의 알릴 의무에 대하여는 해당 보장특약의 “상해보험계약 후 알릴 의무” 조항을 적용합니다.

제3조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신후 보장특약에 대하여 갱신전 보장특약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 보장특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 보장특약 보험료에 대하여 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(갱신보장특약의 보험기간)

- ① 갱신보장특약의 보험기간은 5년으로 합니다. 다만, 보통약관의 만기연령까지 최종 갱신후 보장특약의 잔여기간이 1~4년인 경우에는 최종 갱신후 보장특약의 보험기간을 잔여기간으로 합니다.
- ② 갱신보장특약에 대한 보장이 끝나는 날은 계약시점에 계약자가 선택한 보통약관의 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보통약관의 보험기간을 100세만기, 90세만기로 선택한 경우 질

병사망(간편고지, 갱신형) 및 질병사망(갱신형) 특별약관의 자동갱신 보장이 끝나는 날은 피보험자의 보험나이 80세 보험계약 해당일을 초과하지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 보장특약을 따릅니다.

4-2. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가됩니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ④ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조【부록】참조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125cc이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc미만(전기 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59kw미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-3. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 회사의 계약사정기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 보통약관 및 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특별약관 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특별약관 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인하여 사망으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.
 1. 【별표2】(특정 신체부위 · 질병 분류표) 가. 특정 신체부위 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
 2. 【별표2】(특정 신체부위 · 질병 분류표) 나. 특정질병 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)
- ② 제1항의 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보통약관의 보험기간”(단, 보통약관이 갱신계약인 경우 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지의 기간)으로 합니다. 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제2항에서 보험금을 지급하지 않는 기간을 “보통약관의 보험기간”으로 지정한 경우 보험계약청약일 이후 5년을 지나는 동안 제1항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 추가적인 진단(단 순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 보장합니다.
- ④ 제3항의 “보험계약 청약일로부터 5년”이라 함은 보통약관에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑤ 제1항에도 불구하고 아래의 사항 중 어느 한 가지 경우에 해당하는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑥ 피보험자가 회사에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑧ 제1항의 특정 신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 제1항에 의해 이 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제3항 및 제4항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-4. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때 (다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제1절, 공동조항 제20조(보험계약의 성립)을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

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

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- 1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- 2 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- 1 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- 2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권(보험가입증서)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제5조(보험금의 지급절차)

- 1 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-6. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- ② 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호(【부록】참조)에 따른 공인전자서명(이하 “전자서명”이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제22조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체

없이 회사에 알려야 합니다.

- ③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-7. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

이 특별약관은 보험업감독규정 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항 및 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하, "법률연계보장"이라 합니다)에 적용됩니다.

제7-55조(생명보험의 사업방법서)

생명보험회사는 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다. <개정 2011.3.22, 2016.4.1>

- 6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 책임준비금 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다. <신설 2016.4.1>

제7-57조(손해보험의 사업방법서)

① 손해보험회사가 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)

- ① 법률연계보장에 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
 1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
 4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ② 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 회사는 계약체결시 계약자에게 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 다음 각 호의 내용을 계약자에게 안내합니다.

1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음
 2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음
- ⑤ 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 보험계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

무배당
참 편한 건강보험¹⁷⁰⁴
(세만기형)
별표

【별표1】 장애분류표

I. 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 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기 타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애인단체에서는 ① 장애인단명 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 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

II. 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력 검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력 검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음방향사검사” 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

“귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 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

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연해(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 양순음/입술소리(ㅍ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 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 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 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 동일한 부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추 신경근의 불안전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MR) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학 적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형 장애로 평가하지 않는다.

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 동일한 부위로 한다.
- 2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골무합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 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

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

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장해보상을 하지 않는다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “연구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) “약간의 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정 유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는

것이 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 것이 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 것이 있는 경우

7) "가관절"이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뺏조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.

- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/20이상 이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
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 가	70

해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	
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 말초신경계 손상으로 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만 인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애 로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 위의 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애는 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후 에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초 로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정이나 인정

- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신건강의학과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장애로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 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 3분이상 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
이동 동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(질뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양 공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 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%)

【별표2】 특정 신체부위 · 질병 분류표

가. 특정 신체부위

특정 신체부위
1. 위, 십이지장
2. 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(총수돌기 포함)
3. 대장(맹장, 직장 제외)
4. 직장
5. 항문
6. 간
7. 담낭(쓸개) 및 담관
8. 췌장
9. 비장
10. 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11. 코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12. 인두 및 후두(편도 포함)
13. 식도
14. 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15. 귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16. 안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17. 신장
18. 부신
19. 요관, 방광 및 요도
20. 음경
21. 질 및 외음부
22. 전립선
23. 유방(유선 포함)
24. 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25. 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26. 난소 및 난관
27. 고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28. 갑상선
29. 부갑상선
30. 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31. 피부(두피 및 입술 포함)
32. 경추부(해당신경 포함)
33. 흉추부(해당신경 포함)
34. 요추부(해당신경 포함)
35. 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36. 왼쪽 어깨
37. 오른쪽 어깨
38. 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39. 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40. 왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41. 오른손(오른쪽 손목 관절 이하)

특정 신체부위
42. 왼쪽 고관절
43. 오른쪽 고관절
44. 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45. 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46. 왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47. 오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48. 상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49. 쇄골
50. 늑골(갈비뼈)

나. 특정질병

대상질병		분류번호
1. 담석증	담석증	K80
2. 요로결석증	신장 및 요관의 결석	N20
	하부요로의 결석	N21
	상세불명의 신장 급통증	N23
3. 골관절증 및 류마티드 관절염	혈청검사양성 류마티스 관절염	M05
	기타 류마티스 관절염	M06
	연소성 관절염	M08
	다발 관절증	M15
	고관절증	M16
	무릎관절증	M17
	제1수근중수관절의 관절증	M18
기타 관절증	M19	
4. 척추질환	척추후만증 및 척추전만증	M40
	척추측만증	M41
	척추증	M47
	경추간판장애	M50
	기타추간판장애	M51
	등통증	M54
5. 심장질환	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스 무도병	I02
	류마티스성 승모판 질환	I05
	류마티스성 대동맥판 질환	I06
	류마티스성 삼첨판 질환	I07
	다발 판막 질환	I08
	기타 류마티스 심장 질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈 심장 질환	I24
	만성 허혈 심장병	I25

대상질병		분류번호
5. 심장질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장 질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판 장애	I34
	비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	폐동맥판 장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	방실 차단 및 좌각 차단	I44
	기타 전도 장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
심방 세동 및 조동	I48	
기타 심장 부정맥	I49	
심부전	I50	
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51	
달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52	
6. 뇌혈관질환	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관 질환의 후유증	I69
	일과성 뇌허혈 발작 및 관련 증후군	G45
뇌혈관 질환에서의 뇌의 혈관증후군	G46	
7. 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15

대상질병		분류번호
8. 당뇨병	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
9. 결핵	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 기관의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
10. 자궁근종	자궁의 평활근종	D25
11. 자궁내막증	자궁내막증	N80
12. 난소낭종	난소의 양성신생물	D27

【별표3】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류 번호
한글명칭	영문명칭	
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes	C77
호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of respiratory and digestive organs	C78
기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other sites	C79
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis	C79.0
방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs	C79.1
피부의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of skin	C79.2
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral meninges	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of nervous system	C79.4
골 및 골수의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bone and marrow	C79.5
난소의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of ovary	C79.6
부신의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of adrenal gland	C79.7
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other specified sites	C79.8
부위의 명시가 없는 악성 신생물	Malignant neoplasm without specification of site	C80

- 1) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 한국표준질병·사인분류 지침서의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표5】 제자리신생물(대장점막내암 제외) 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 후 특정 현존 합병증	I23

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】 34대질병 분류표

약관에 규정하는 34대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호	
A	1. 당뇨병	1형 당뇨병	E10
		2형 당뇨병	E11
		영양실조 관련 당뇨병	E12
		기타명시된 당뇨병	E13
		상세불명의 당뇨병	E14
		당뇨병성단일신경병증	G59.0
		당뇨병성 다발신경병증	G63.2
		당뇨병성 백내장	H28.0
		당뇨병성 망막병증	H36.0
		당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의사구체장애	N08.3	
	2. 심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
		만성 류마티스 심장질환	I05~I09
		허혈심장질환	I20~I25
		폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
		기타형태의 심장병	I30~I52
		- 수막구균성 심장막염(I32.0*)	A39.5+
		- 수막구균성 심내막염(I39.8*)	
		- 수막구균성 심근염(I41.0*)	
		- 수막구균성 심장염 NOS(I52.0*)	
		- 칸디다심내막염(I39.8*)	
3. 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	I10	
	고혈압성 심장병	I11	
	고혈압성 신장병	I12	
	고혈압성 심장 및 신장병	I13	
	이차성 고혈압	I15	
	고혈압성 뇌병증	I67.4	
	고혈압성 망막병증	H35.02	
4. 뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69	
5. 간질환	바이러스 감염	B15~B19	
	간의 질환	K70~K77	
	- 거대세포바이러스성 감염(K77.0*)	B25.1+	
	- 독소포자충간염(K77.0*)	B58.1+	
6. 위·십이지장 궤양	위궤양, 십이지장궤양, 상세불명부위의 소화성궤양	K25~K27	
7. 갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07	
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	H06.2*	
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0	

B	8. 동맥경화증	죽상경화증	I70
	9. 만성하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염 천식 및 천식지속상태	J40 J41 J42 J45, J46
	10. 결핵	결핵, 결핵의 후유증	A15~A19, B90
		<ul style="list-style-type: none"> - 결핵 관절염(A18.0+) - 척추의 결핵(A18.0+) - 뼈의 결핵(A18.0+) - 결핵성 방광염(A18.1+) - 자궁경부의 결핵감염(A18.1+) - 여성 결핵성 골반 염증성 질환(A18.1+) - 결핵성 복막염(A18.3+) - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+) 	M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3* K93.0*
	11. 신부전	신부전	N17~N19
	12. 폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
		폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
		인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
		달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	12. 폐렴	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
		달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
		<ul style="list-style-type: none"> - 수두 폐렴(J17.1*) - 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*) - 거대세포바이러스폐렴(J17.1*) - 폐 톡소포자충증(J17.3*) 	B01.2+ B05.2+ B25.0+ B58.3+
상세불명 병원체의 폐렴		J18	
재향균인병 폐렴이 합병된 홍역		A48.1 B05.2	
13. 백내장	노년성 백내장, 기타 백내장, 수정체의 기타장애	H25,H26,H27	
14. 녹내장	녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40, H42	
15. 황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3	
16. 담석증	담석증	K80	
17. 사타구니 탈장	사타구니탈장	K40	
18. 편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35	
19. 축농증	만성 부비동염	J32	
20. 급성상기도 감염	급성상기도감염	J00-06	
21. 담낭담도질환	담낭염	K81	
	담낭의 기타질환	K82	
	담도의 기타질환	K83	
22. 종이의 진주종	종이의 진주종	H71	
23. 귀경화증	귀경화증	H80	
24. 소화기계통의	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성 신생물	D13	

양성 신생물		
25. 중이, 호흡기계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D14 D15
26. 골 및 관절연골의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
27. 조직의 양성 신생물	종피조직의 양성 신생물 후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
28. 수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
29. 뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
30. 갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
31. 관절염	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 관절증 기타 관절 장애 류마티스 폐질환(M05.1+)	M00~M03 M05~M14 M15~M19 M20~M25 J99.0*
32. 생식기질환	남성 생식기관의 질환 - 편모충성 전립선염(N51.0*) - 전립선의 결핵(N51.0*) - 기타 남성 생식기관의 결핵(N51.-*) - 불거리고환염(N51.1*)	N40~N45, N47~N51 A59.01+ A18.13+ A18.14+ B26.0+
	여성 골반내 기관의 염증성 질환 - 자궁경부의 결핵(N74.0) - 결핵성 여성 골반 염증 질환, 결핵성 자궁내막염, 결핵성 난소염 및 난관염 (N74.1)	N70~N77 A18.15+ A18.16+
	여성생식관의 비염증성 장애 (습관성 유산자, 여성불임, 인공 수정과 관련된 합병증 제외) 비노생식계통의 기타장애	N80~N95 N99
33. 유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24
34. 골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증 골연속성의 장애	M80 M81 M82* M84

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고)

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】 자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 「자동차손해배상 보장법 시행령」(이하 “자배법 시행령”이라 합니다) 제3조 제1항 2호와 관련되며, 부상등급의 세부적용기준은 자배법 시행령 [별표1] “상해의 구분과 책임보험금의 한도금액”에서 정한 사항 중 “2.영역별 세부지침”을 준용합니다. 단, 자배법 시행령의 개정에 따라 부상등급의 세부적용기준이 변경된 경우에는 사고 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용하며, 사고 발생시점에 자배법 시행령이 변경 또는 폐지되어 아래의 부상등급에 대해 준용할 세부적용기준이 없는 경우, 회사는 변경 또는 폐지 직전의 기준을 적용하여 부상등급을 정합니다.

부상 등급	상해 내용
1급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스텐트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척추 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척추 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척추 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 심장 파열로 수술한 상해 5. 척추 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치통기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
3급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척추 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과관 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)

부상 등급	상해 내용
4급	15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속 되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 기술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해

부상 등급	상해 내용
5급	28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속 되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와손 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
7급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절

부상 등급	상해 내용
8급	15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고관 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 재불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
11급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

영역별 세부지침

부상등급	상해 내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다.
	나. 일반 외상과 치료보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다.
	다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.
	라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.
	마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 파편술, 유경 파편술, 원거리 파편술, 국소 파편술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
	두부
나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향 조정할 수 있다.	
다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다.	
라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.	
마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 가만히 삼키기 필요한 경우는 제외한다.	
바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicomatose)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.	
사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.	
아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다. 자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.	
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrhythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액중가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추	가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.
	나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.
	다. 척추 손상으로 인하여 신경근증이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.
	라. 마미중후군은 척추손상으로 본다.
상·공통 하지	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
	나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 가스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
	다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명기되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.
	라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상은 병합한다.
	마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.

부상등급	상해 내용
	<p>바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>사. 아절단은 완전 절단에 준한다.</p> <p>아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.</p> <p>자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.</p> <p>차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.</p> <p>카. 사지 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.</p> <p>파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다</p> <p>거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.</p> <p>너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.</p> <p>더. "근 건 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.</p> <p>러. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.</p> <p>머. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.</p> <p>버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.</p> <p>서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.</p>
상지	<p>가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.</p> <p>나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.</p> <p>다. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.</p> <p>라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골간대 및 오구 쇄골간대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골간대 및 오구 쇄골간대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.</p>
하지	<p>가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.</p> <p>나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.</p> <p>다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.</p> <p>라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.</p> <p>마. 대퇴골 또는 경비골의 견형성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.</p> <p>바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.</p> <p>사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.</p> <p>아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.</p> <p>자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.</p> <p>차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다.</p> <p>카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.</p>

【별표11】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따른 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기 금지) 또는 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 않고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 않은 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간		지급이자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	1년 이내: 공시이율의 50%
			1년 초과: 1%
		지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우	공시이율
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산		보험계약대출이율
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1년 이내: 공시이율의 50%
			1년 초과: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주) 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
- 주) 3. 가산이율 적용 시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주) 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주) 5. 상기 공시이율은 보장성보험 공시이율 V로 적용합니다.

【부 록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2016.12.01.) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

교통사고처리 특례법	202
도로교통법	203
보험업법	203
보험업법 시행령	203
보험업감독규정	205
보험업감독업무 시행세칙	205
상법	206
의료법	206
자동차관리법 시행규칙	207
자동차손해배상보장법 시행령	208
전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법	209
전자서명법	210
형법	211
민사소송법	211
소비자기본법	212
공직선거법	213
관공서의 공휴일에 관한 규정	214

교통사고처리특례법

제3조(처벌의 특례)

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
 2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
 3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
 4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
 5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
 6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
 7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전 면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
 8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
 9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
 10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
 11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.

가. 국가

나. 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융기관

라. 주권상장법인

마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

보험업법 시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

- ① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
 2. 주권상장법인
 3. 제2항제15호에 해당하는 자
 4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자
- ② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.
1. 보험회사
 2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
 3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
 4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
 5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
 6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
 7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
 8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
 9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
 10. 「은행법」에 따른 은행
 11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 경영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
 12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
 13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
 14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
 15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관
- ③ 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
 2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
 3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
 4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
 5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
 6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
 7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
 8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
 9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
 10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
 11. 삭제 (2014.12.30.)
 12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
 13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
 14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
 15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·

- 운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
 17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
 18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

13. "평균공시이율"이란 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 제7-48조제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자

보험업감독업무 시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조 제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도 말까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

1. 평균공시이율은 감독규정 제6-12조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약 이 체결되는 연도의 이율을 전보험기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
 - 가. 회사별 공시이율은 매월말 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
 - 나. 평균공시이율은 회사별 공시이율을 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
2. 제1호에 의한 공시이율은 9월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구 분	평균공시이율
2017년	3.0%

상법

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

의료법

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자

5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

「자동차관리법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덤프가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것

종류	유형별	세부기준
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

자동차손해배상 보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "건설기계관리법"의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

- ① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.
 1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.
 1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호

에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

- ③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법

제3조(피해구제의 신청)

- ① 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 피해구제의 신청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다.
- ③ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청에 관한 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제6조(채권소멸절차 개시 이후의 피해구제)

- ① 제5조제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌의 피해자로서 채권소멸절차 개시의 공고 전에 피해구제를 신청하지 아니한 자는 금융회사에 대하여 제5조제2항에 따른 공고일부터 2개월 이내에 피해구제의 신청을 할 수 있다.
- ② 제1항에 따른 피해구제 신청이 있는 경우 금융회사는 해당 거래내역 등을 확인하여 피해자로 인정된다고 판단하는 경우 금융감독원에 해당 피해금에 대한 채권소멸절차의 개시 공고를 요청하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 공고 요청을 받은 금융감독원은 지체 없이 해당 사항을 공고하여야 한다. 이 경우 채권소멸절차 개시의 공고 요청 및 공고에 관하여는 제5조제1항 및 제2항을 준용한다.
- ④ 금융회사 및 금융감독원은 채권소멸절차 개시 공고 전에 피해구제의 신청을 하지 아니한 피해자가 제1항에 따라 피해구제의 신청을 할 수 있도록 필요한 정보를 제공하는 등 적극적인 노력을 하여야 한다.

제10조(피해환급금의 결정·지급)

- ① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.
- ② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.
- ③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.
- ④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"라 함은 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것
4. "전자서명생성정보"라 함은 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
5. "전자서명검증정보"라 함은 전자서명을 검증하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
6. "인증"이라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
7. "인증서"라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
8. "공인인증서"라 함은 제15조의 규정에 따라 공인인증기관이 발급하는 인증서를 말한다.
9. "공인인증업무"라 함은 공인인증서의 발급, 인증관련 기록의 관리등 공인인증역을 제공하는 업무를 말한다.
10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증역을 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.
11. "가입자"라 함은 공인인증기관으로부터 전자서명생성정보를 인증받은 자를 말한다.
12. "서명자"라 함은 전자서명생성정보를 보유하고 자신이 직접 또는 타인을 대리하여 서명을 하는 자를 말한다.
13. "개인정보"라 함은 생존하고 있는 개인에 관한 정보로서 성명·주민등록번호 등에 의하여 당해 개인을 알아볼 수 있는 부호·문자·음성·음향·영상 및 생체특성 등에 관한 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없는 경우에도 다른 정보와 용이하게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말한다.

형법

제258조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)

- ① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
- ④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)

- ① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
- ② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
- ③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
- ④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
- ⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
- ⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

- ① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된

법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

- ② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

- ① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
- ② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부분을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)

- ① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
- ② 상대방이 이익을 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

소비자기본법

제70조(단체소송의 대상등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록된 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
 - 나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
 - 다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
 - 나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동 실적이 있을 것
 - 다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
 - 라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

공직선거법

제222조(선거소송)

- ① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
- ② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 결위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)

- ① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일 이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(대통령당선인의 결정·공고·통지)제1항·제2항, 제188조(지역구국회의원당선인의 결정·공고·통지)제1항 내지

제4항, 제189조(비례대표국회의원의의석의 배분과 당선인의 결정·공고·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의의석 및 비례대표지방의회의원의의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

- ② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선인의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.
- ④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선인의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)

이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음과 같다.다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제 <2005.6.30.>
6. 석가탄신일 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제7호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.