

꼭
알아
두기

보
통
약
관

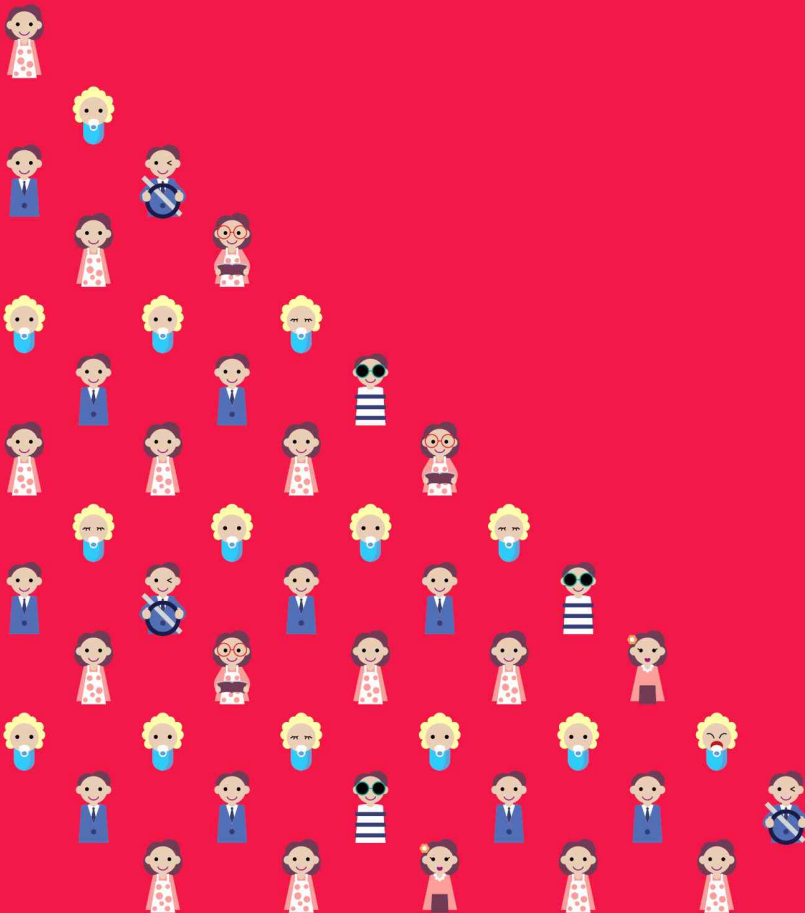
특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

무배당 롯데 3대성인병에강한 건강보험 (1708)

롯데손해보험



신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험회사, 손해보험협회, 보험개발원, 은행연합회, 업무 위탁회사 및 기타 신용정보제공·이용자, 신용정보집중기관, 신용정보업자 등(이하 「제3자」)에 대한 정보의 제공·활용 동의 여부와 관계없이 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우 제휴·부가서비스, 상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 고객은 가입 신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 안내 등 마케팅목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하고, 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 신용정보집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 동의철회는 중단합니다.

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 매체를 통하여 신청하여 주시기 바랍니다.

■ 신청방법

→ 전화번호 : 1588-3344 또는 1600-3434

→ 홈페이지 : <http://www.lotteins.co.kr>

※ 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

나. 위의 신청과 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 당사의 개인신용정보 관리 보호인 또는 협회·금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

■ 연락처

→ 당사 개인신용정보 관리·보호인 : 1588-3344 또는 1600-3434 / 서울특별시 중구 소월로 3 롯데손해보험빌딩

→ 손해보험협회 정보보호 담당자 : (02) 3702-8603 / 서울특별시 종로구 종로5길 68 코리안리빌딩 6층 정보관리팀

→ 금융감독원 정보보호 담당자 : (국번없이) 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38 금감원 신용정보업팀

3. 신용정보 제공사실 통보 요구 및 오류정보 정정 요구

가. 고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」 등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 당사 인터넷 홈페이지 또는 금융감독원 홈페이지에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 개인신용정보 관리·보호인에게 신청하여 주시기 바랍니다.

- 신용정보 제공사실 통보 요구권(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제35조)

고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보요구할 수 있는 권리

- 신용정보 열람 및 정정요구권(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제38조)

고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정요구 및 정정 처리결과에 이의가 있는 경우 금감위에 시정 요청 가능

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

목 차

가입자 유의사항	10
주요내용 요약서	13
보험용어 해설	16
보험금 등 지급시 적립이율 안내	18
보험금 지급절차 안내	20
보험금 청구 구비서류 안내	22
오인하기 쉬운 주요 분쟁사례	28

보 통 약 관

제1절 일반조항

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)	35
제2조(용어의 정의)	35

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)	36
제4조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)	36
제5조(보험금 지급사유의 통지)	36
제6조(보험금의 청구)	36
제7조(보험금의 지급절차)	37
제8조(공시이율의 적용 및 공시)	38
제9조(중도인출금)	38
제10조(만기환급금의 지급)	39
제11조(보험금 받는 방법의 변경)	39
제12조(주소변경통지)	40
제13조(보험수익자의 지정)	40
제14조(대표자의 지정)	40

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)	40
제16조(알릴 의무 위반의 효과)	41
제17조(사기에 의한 계약)	41

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)	42
제19조(청약의 철회)	42
제20조(약관교부 및 설명의무 등)	42
제21조(계약의 무효)	44
제22조(계약내용의 변경 등)	44
제23조(보험나이 등)	45
제24조(계약의 소멸)	45

제 5 관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	46
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)	46
제27조(보험료의 납입면제)	46
제28조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	47
제29조(보험료의 자동대출납입)	47
제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	48
제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]	48
제32조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]	49

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제33조(계약자의 임의해지)	50
제34조(중대사유로 인한 해지)	50
제35조(회사의 파산선고와 해지)	50
제36조(해지환급금)	50
제37조(보험계약대출)	50
제38조(배당금의 지급)	51

제 7 관 분쟁의 조정 등

제39조(분쟁의 조정)	51
제40조(관할법원)	51
제41조(소멸시효)	51
제42조(약관의 해석)	51
제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	51
제44조(회사의 손해배상책임)	51
제45조(개인정보보호)	52
제46조(준거법)	52
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	52

제2절 보장조항

■ 일반암진단비 보장

제1조(보험금의 지급사유)	53
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	53

제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)	54
제4조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]	54
제5조(보장의 소멸)	54
■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비 보장	
제1조(보험금의 지급사유)	56
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	56
제3조(암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)	56
제4조(보장의 소멸)	57

특 별 약 관

I. 상해 관련 특별약관

■ 상해사망 특별약관	59
■ 상해사망 특별약관(갱신형)	59
■ 상해후유장해 특별약관	63
■ 상해80%이상후유장해 특별약관	66
■ 상해80%이상후유장해 I (5년간매월지급) 특별약관	69
■ 상해50%이상후유장해 특별약관	73
■ 상해입원비(1일이상) 특별약관	76
■ 상해입원비(1일이상) 특별약관(갱신형)	76
■ 상급종합병원상해입원비(1일이상) 특별약관	79
■ 상급종합병원상해입원비(1일이상) 특별약관(갱신형)	79
■ 상해중환자실입원비(1일이상) 특별약관	84

II. 질병 관련 특별약관

■ 질병사망 특별약관	88
■ 질병사망 특별약관(갱신형)	88
■ 질병후유장해 특별약관	91
■ 질병80%이상후유장해 특별약관	93
■ 질병80%이상후유장해 I (5년간매월지급) 특별약관	95
■ 질병50%이상후유장해 특별약관	98
■ 질병입원비(1일이상) 특별약관	100
■ 질병입원비(1일이상) 특별약관(갱신형)	100
■ 상급종합병원질병입원비(1일이상) 특별약관	103
■ 상급종합병원질병입원비(1일이상) 특별약관(갱신형)	103
■ 질병중환자실입원비(1일이상) 특별약관	108
■ 질병수술비 특별약관	111
■ 질병수술비 특별약관(갱신형)	111
■ 암사망 특별약관	115

■ 일반암진단비 특별약관(갱신형)	118
■ 일반암진단생활자금 I (5년간매월지급) 특별약관	121
■ 일반암(소액암제외)진단비 특별약관	124
■ 일반암(소액암제외)진단비 특별약관(갱신형)	124
■ 4기암·특정암진단비 특별약관(갱신형)	127
■ 두번째암진단비 특별약관	132
■ 두번째암진단비 특별약관(갱신형)	132
■ 고액치료비암진단비 특별약관	137
■ 고액치료비암진단비 특별약관(갱신형)	137
■ 암직접치료입원비(4일이상) 특별약관	140
■ 암직접치료입원비(4일이상) 특별약관(갱신형)	140
■ 암수술비(매회) 특별약관	144
■ 암수술비(매회) 특별약관(갱신형)	144
■ 일반암수술비(1회한) 특별약관	148
■ 일반암수술비(1회한) 특별약관(갱신형)	148
■ 암수술비 특별약관	152
■ 유방암으로인한유방수술비 특별약관	156
■ 항암방사선·약물치료비 특별약관	159
■ 뇌혈관질환진단비 특별약관	162
■ 뇌혈관질환진단비 특별약관(갱신형)	162
■ 뇌졸중진단비 특별약관	164
■ 뇌졸중진단비 특별약관(갱신형)	164
■ 뇌출혈진단비 특별약관	166
■ 뇌출혈진단비 특별약관(갱신형)	166
■ 중증뇌출혈진단비 특별약관	168
■ 중증뇌출혈진단비 특별약관(갱신형)	168
■ 허혈심장질환진단비 특별약관	171
■ 허혈심장질환진단비 특별약관(갱신형)	171
■ 급성심근경색증진단비 특별약관	173
■ 급성심근경색증진단비 특별약관(갱신형)	173
■ 중증급성심근경색증진단비 특별약관	175
■ 중증급성심근경색증진단비 특별약관(갱신형)	175
■ 뇌혈관질환수술비 특별약관	177
■ 뇌혈관질환수술비 특별약관(갱신형)	177
■ 허혈심장질환수술비 특별약관	180
■ 허혈심장질환수술비 특별약관(갱신형)	180
■ 14대질병입원비(4일이상) 특별약관	183
■ 14대질병입원비(4일이상) 특별약관(갱신형)	183
■ 20대질병수술비Ⅱ 특별약관	186
■ 20대질병수술비Ⅱ 특별약관(갱신형)	186
■ 남성특정비뇨기계질환입원비(4일이상) 특별약관	190
■ 남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관	193
■ 말기신부전증신장투석비용 I (10년간매월지급) 특별약관	195

- 말기간경화진단비 특별약관 197
- 말기폐질환진단비 특별약관 199
- 관상동맥우회수술비 특별약관 201
- 심장판막수술비 특별약관 203
- 대동맥류인조혈관치환수술비 특별약관 205

III. 상해 및 질병 관련 특별약관

- 응급실내원비(응급) 특별약관 207
- 응급실내원비(비응급) 특별약관 211
- 치매입원비(1일이상) 특별약관 215
- 보험료보장(뇌졸중진단·급성심근경색증진단·80%이상후유장해) 특별약관 218

IV. 실손의료비 관련 특별약관

- 《1. 기본형 실손의료보험 특별약관》
 - 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 224
- 《2. 특약형 실손의료보험 특별약관》
 - 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관(갱신형) 258
 - 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관(갱신형) 263
 - 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험특별약관(갱신형) 268

V. 제도성 특별약관

- 갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관 276
- 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 278
- 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 280
- 선지급서비스 특별약관 281
- 보험료 자동납입 특별약관 284
- 지정대리청구서비스 특별약관 285
- 피보험자추가 특별약관 287

별 표

- 〈별표1〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 289
- 〈별표2〉 장애분류표 290
- 〈별표3〉 악성 신생물 분류표 305
- 〈별표4〉 제자리신생물 분류표 306
- 〈별표5〉 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 307
- 〈별표6〉 소액암 분류표 308
- 〈별표7〉 병기구분 불가암 분류표 309
- 〈별표8〉 특정암 분류표 312
- 〈별표9〉 기관(Organ) 분류표 313

〈별표10〉 고액치료비암 분류표	315
〈별표11〉 유방암으로 인한 유방수술 분류표	316
〈별표12〉 뇌혈관질환 분류표	317
〈별표13〉 뇌졸중 분류표	318
〈별표14〉 뇌출혈 분류표	319
〈별표15〉 허혈심장질환 분류표	320
〈별표16〉 급성심근경색증 분류표	321
〈별표17〉 14대질병 분류표	322
〈별표18〉 20대질병 분류표	325
〈별표19〉 남성특정비뇨기계질환 분류표	328
〈별표20〉 말기신부전증	330
〈별표21〉 말기간경화	331
〈별표22〉 말기폐질환	332
〈별표23〉 관상동맥우회술	333
〈별표24〉 심장판막수술	334
〈별표25〉 대동맥류인조혈관치환수술	335
〈별표26〉 치매 분류표	336
〈별표27〉 특정신체부위 분류표	337
〈별표28〉 특정질병 분류표	339

[참 고 : 관 련 법 규]	341
-------------------------	-----

꼭! 알아두세요

1. 이 약관내용 중 특별약관은 보험증권에 명기된 것에 한하여 적용합니다.
2. 청약서상의 주소, 성명, 생년월일 등 기재사항을 본인이 직접 정확하게 기재하셔야 하며, 내용을 충분히 확인하신 후 반드시 서명 날인하여야 합니다.
3. 건강상태나 직업에 대하여 회사가 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 상세히 알려야 합니다.
4. 청약서를 기재하기 전에 보험금을 지급받을 수 있는 경우와 보험금을 지급받을 수 없는 경우를 꼭 확인하십시오.
5. 보험료를 내실 때에는 반드시 저희 회사가 발행한 보험료영수증을 받으시길 바랍니다.
6. 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 저희 회사에 알려주시기 바랍니다.

가입자 유의사항

§ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

◆ 보험계약 전 알릴 의무 위반

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

◆ 부활(효력회복)

부활(효력회복)계약의 보장개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 암보장 등 해당 특별약관에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활(효력회복)일을 따릅니다.

◆ 건강보험

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

◆ 갱신형 특별약관

- 회사는 갱신형 특별약관의 보험기간이 종료되기 15일 이전까지 보험계약자에게 갱신 될 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 안내하여 드립니다.
- 갱신형 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 가입시 약관과 동일한 내용으로 해당계약을 자동으로 갱신합니다.
- 갱신형 특별약관의 약관은 최초계약 시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 큰 폭으로 인상될 수 있습니다.
- 보험료는 적립보험료 또는 적립부분 책임준비금에서 대체납입되지 않으며, 해당 보험료를 반드시 추가납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.
- [갱신형] 실손의료비 관련 특별약관

: 보험기간은 1년 만기로, 최초가입 후 1년마다 갱신을 통해 회사가 정한 재가입일까지 보장받을 수 있습니다.

• [갱신형] 실손의료비 이외의 특별약관

: 갱신형 특약의 보험기간은 3년 만기로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 만기 시까
지 보장받을 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

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

§ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

◆ **암 관련 보장**

- 피보험자가 약관에서 정한 보장개시일(계약일로부터 90일) 이전에 암(기타피부암, 갑상선암은 제외)으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

◆ **특정질병 관련 보장**

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

◆ **수술 관련 보장**

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

◆ **입원 관련 보장**

의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

◆ **상해 관련 보장**

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

◆ **실손의료보험**

- 실손의료보험은 발생 의료비 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보

상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.

- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급합니다.

< 실손의료비 범위 >

총 진료비 중에서 국민건강보험에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액

[국민건강보험 급여항목]	[비급여항목]
국민건강보험 부담	환자본인부담
환자본인부담	

단, 치과치료 및 한방치료에서 발생한 비급여 항목은 실손의료비의 범위에 해당하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

◆ 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있습니다.

◆ 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내(단, 청약을 한 날로부터 30일 이내)에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

◆ 계약취소

계약체결시 회사가 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 취소할 수 있습니다. 이 경우에 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

◆ 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 계약을 체결할 때 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나, 사고의 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 않았을 경우
- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 보험계약 체결 시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우(단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우는 제외)
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 단, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약 유효
- 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

◆ 계약의 소멸

피보험자의 사망, 보험물건의 소실 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 해당 계약은 효력을 가지지 않습니다.

◆ 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용 등을

알려드리며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다.

◆ 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

◆ 중도인출

계약체결일로부터 만 1년 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 보통약관의 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액(보험계약대출금이 있는 경우 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액 기준)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 단, 중도인출금의 요청은 계약일 기준으로 매 보험년도마다 1회에 한합니다.

◆ 계약 전·후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무

: 보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필 서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).

2) 계약 후 알릴 의무

: 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 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 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
- 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

3) 알릴 의무 위반시 효과

: 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려셔야 합니다.

◆ 보험금의 지급

회사는 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일(소송제기, 분쟁조정 신청 등 약관에서 정한 특별한 경우를 제외하고는 청구서류를 접수한 날로부터 30일 이내에 정합니다), 예정보험금액 및 보험금가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며, 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

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

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

보험용어 해설

보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약 당사자	<ul style="list-style-type: none"> • 보험회사 : 보험사고 발생 시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험 사업을 영위하는 회사 • 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
보험계약 관계자	<p>〈신체·비용손해 보장〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람 • 보험수익자 : 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 갖는 사람 • 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람 <p>〈재물·배상책임손해 보장〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 피보험자 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피 보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람 • 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람
보험료	<ul style="list-style-type: none"> • 보장보험료 = 보장부분순보험료 + 부가보험료 • 적립보험료 = 적립부분순보험료 + 부가보험료 <ul style="list-style-type: none"> • 보장부분순보험료 : 보험사고 발생 시 보험금 지급을 위한 보험료 • 적립부분순보험료 : 만기 시 환급금을 지급하기 위한 보험료 • 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 사업경비(계약체결비용, 계약관리비용, 보험금 지급조사를 위한 손해조사비 등)를 위한 보험료 <p>〈보장성 상품〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료 <p>〈저축성 상품〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 보험료 = <u>기본보험료</u> + 추가적립보험료 = <u>보장보험료</u> + <u>적립보험료</u> + 추가적립보험료 • 기본보험료 : 보험계약에 의거하여 지급하여야 할 보험료로, 보장보험료와 적립보험료로 구성됨 • 추가적립보험료 : 적립보험료만 납입할 수 있음

보험목적	〈재물·배상책임손해 보장〉 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화
보험가액	〈재물·배상책임손해 보장〉 피보험 이익의 경제적 가치이며, 보험사고가 발생하였을 경우에 피보험자가 입게 되는 손해액의 최고 견적액
보험금	〈신체·비용손해 보장〉 피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액 〈재물·배상책임손해 보장〉 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일	계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
보험가입금액	보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액 ※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨
보험년도	보험계약일로부터 매 1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음 연도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말함
책임준비금	장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
해지환급금	<ul style="list-style-type: none"> • 계약의 효력상실 또는 해지 시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 책임준비금에서 해지공제액을 차감한 금액 • 해지공제액 : 신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 계약체결비용이라 하며, 일정기간 공제를 함. 다만, 계약을 중도에 해지하게 될 경우, 공제하지 못한 계약체결비용을 한번에 공제하게 되는데 이를 해지공제액이라 함
평균공시이율	회사별 공시이율의 평균을 의미하며, 보험업감독업무시행세칙에서 정한 방법에 따라 매년 산출함. 단, 계약이 체결되는 연도의 평균공시이율을 전보험기간에 걸쳐 적용

보험금 등 지급시 적립이율 안내

◆ 승낙거절로 제1회 보험료 반환

적립기간	적립이율
보험료를 받은 기간	계약체결시점의 평균공시이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음)

◆ 청약철회로 기납입보험료 반환

적립기간	적립이율
반환기일 ^{주)} 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음)

주) 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3일

◆ 계약취소로 기납입보험료 반환

적립기간	적립이율
보험료를 받은 기간	보험계약대출이율

◆ 계약무효로 기납입보험료 반환 (회사의 고의·과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우)

적립기간	적립이율
보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율

◆ 보통약관 및 특별약관 보장보험금 (지급기일^{주)} 이내에 보험금을 지급하지 않은 경우)

적립기간	적립이율
지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4%)
지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6%)
지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8%)

주) 지급기일

- 신체/비용손해 보험금 : 보험금 청구서류 접수일부부터 3영업일
- 재물/배상책임손해 보험금 : 지급보험금 결정일부부터 7일

◆ 만기환급금

적립기간	적립이율		
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우	1년이내	공시이율의 50%
		1년초과	1%
	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알리지 않은 경우	공시이율	
환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율		

◆ 해지환급금

적립기간	적립이율	
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
	1년 초과	1%
환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

※ 순수보장형 상품의 경우 상기 공시이율은 평균공시이율을 말합니다.

◆ 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

주) 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환 청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

◆ 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다.

보험금 지급절차 안내

제출(발송)하여 주신 서류가 보험회사에 접수되는 경우 보험금 지급심사 업무가 진행됩니다.

1. 사고접수

- ▶ 고객센터비스팀 방문접수
- ▶ 고객센터접수 : 1588-3344 / 1600-3434
- ▶ 인터넷 접수 (홈페이지(www.lotteins.co.kr) 접속 통합보상센터 보험금 청구)

2. 접수내용 및 진행사항 안내

3. 보험금 지급여부 결정 및 부책/면책 여부 통보

- ▶ 부책의 경우 : 보험금 지급 안내
- ▶ 면책의 경우 : 부지급 사유 안내

4. 보험금지급

- ▶ 보험금 지급 시 피보험자 본인 명의 통장으로 이체
(단, 미성년자는 친권자 계좌가능)

◆ 보험금 청구 소멸시효

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

◆ 보험금 지급심사 위탁

- [금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 「금융기관은 인가등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」 라고 명시하고 있습니다.

◆ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
 - ※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체
- 보험회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하셔야 합니다.

◆ 장해진단서 제출 시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
 - ※ 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원
- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

◆ **의료심사**

- 상해, 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료 관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

◆ **손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급(비례보상 적용)**

- 상해, 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 타 보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

◆ **보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법**

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지)가 이루어집니다.
- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.
- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.
- 롯데손해보험(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화: 1588-3344

보험금 청구 구비서류 안내

1. 사망·후유장해 보험금 구비서류

◆ 공통 서류

필요서류	발급처
▶ 보험금청구서	당사 양식
▶ 통장 및 신분증 사본	
▶ 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

◆ 보험금 종류별 추가 서류

구 분	구비서류	발급처
사망 보험금	▶ 사망진단서 또는 사체검안서 ▶ 초진기록지	병원
	▶ 사고증명서류 ① 교통상해사고시 : 교통사고사실확인원 ② 교통상해 이외 사고시 : 사건사고사실확인원 (사건경위서)	경찰서
	▶ 가족관계증명서 ▶ 기본증명서(피보험자 기준) ▶ 호적 또는 제적등본	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	▶ 위임장 및 인감증명서 (법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임시)	
후유장해 보험금	▶ 후유장해진단서 ▶ 초진기록지 (질병인 경우 진단확정일 또는 발병일이 기재된 진단서) ▶ X-Ray, CT, MRI 필름 및 판독서	병원

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

2. 진단/입원/수술 보험금 구비서류

◆ 공통 서류

필요서류	발급처
▶ 보험금청구서	당사 양식
▶ 통장 및 신분증 사본	
▶ 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

◆ 보험금 종류별 추가 서류

구 분	구비서류		발급처
진단보험금	암	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 확정진단 진단서 ▶ 조직병리검사 보고서 ▶ 초진기록지 ▶ 발생암별 기타 기록지 	병원
	특정질병	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 확정진단 진단서 ▶ 검사 결과지 (특정질병종류에 따라 다르므로 담당자와 상의 필요) 	
	골절/화상	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 확정진단 진단서 	
입원관련 보험금	특정질병관련입원비	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 확정진단 진단서 ▶ 입퇴원 확인서 	병원
	입원비	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 입퇴원 확인서 	
수술관련 보험금	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 진단서 그리고 수술기록지 (진단명/수술명 기재) 		병원
신생아관련	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 출생증명서(신생아 몸무게 기재) ▶ 간호정보조사지 ▶ 입원확인서 (인큐베이터 사용시 해당기간 기재) 		

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

꼭
알아
두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

3. 실손의료비 보험금 구비서류

◆ 공통 서류

필요서류	발급처
▶ 보험금청구서	당사 양식
▶ 초진기록지	병원
▶ 통장 및 신분증 사본	
▶ 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

◆ 보험금 종류별 추가 서류

구 분	구비서류	발급처
자동차보험처리	▶ 자동차보험 지급결의서 (치료비 개인 납부시 진료비영수증)	보험사/병원
산재처리	▶ 산재보험 최초 요양급여 신청서 및 보험급여 지급확인원 ▶ 산재급여 원부	근로복지공단/병원
의료보험미처리	▶ 사고증명서류 • 교통사고시 : 교통사고사실확인원 • 폭행사고시 : 사건사고사실확인원	경찰서

구 분	구비서류	발급처
의료보험처리	입원 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 진단서 ▶ 진료비 세부내역서 <ul style="list-style-type: none"> • 초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경우 검사결과지 추가 ▶ 퇴원영수증(치료비영수증) ▶ 재직증명서(해당 병원의 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받은 경우) 	병원
	통원 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 진단서 또는 진단명이 기재된 통원확인서/진료확인서/소견서/진료차트 중 택 1 (진단명/치료기간 기재) ▶ 초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경우 검사결과지 추가 	병원/약국

구 분		구비서류	발급처
의료보험처리	통원	▶ 통원 일지별 병원 영수증 및 약국 영수증(처방전 포함)(※카드영수증 제외) ▶ 재직증명서(해당 병원의 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받은 경우)	병원/약국

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

4. 비용손해 보험금 구비서류

◆ 공통 서류

필요서류	발급처
▶ 보험금청구서	당사 양식
▶ 통장 및 신분증 사본	
▶ 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

◆ 운전자비용

구 분	구비서류	발급처
운전자교통사고벌금	▶ 벌금납부 영수증 ▶ 약식명령서 및 법원 판결문 ▶ 교통사고사실확인원	법원 법원 경찰서
자동차사고 변호사선임비용	▶ 교통사고사실확인원 ▶ 소장(공소사실확인원으로 대체가능) ▶ 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 ▶ 구속영장 또는 사건처분증명원 ▶ 재소 또는 출소증명원	경찰서 법원 변호사 법원 구치소
교통사고 처리지원금	▶ 교통사고사실확인원 ▶ 금액이 기재된 형사합의서 또는 공탁서 ▶ 피해자 진단서 또는 사망진단서	경찰서 병원
면허정지/취소 (영업용)	▶ 교통사고사실확인원 ▶ 면허정지/취소확인원 ▶ 운전경력증명서	경찰서

자동차사고 성형치료비(자가용)	▶ 소견서 또는 진단서 (성형수술 부위와 크기, 수술내용을 확인할 수 있어야 함)	병원
자동차사고 치아보철비용 (자가용)	▶ 소견서 또는 진단서	병원

◆ 기타

구 분	구비서류	발급처
강력범죄피해	▶ 사건사고사실확인원 ▶ 진단서, 치료비명세서	경찰서 병원
가족일상생활배상책임	▶ 합의서 ▶ 사고경위서 ▶ 사진 등 사고증명서류 ▶ 견적서 또는 치료확인서류 ▶ 피해자 신분증, 피보험자 주민등록 등본 (필요시 가족관계 증명서 포함)	
홀인원/ 알바트로스	▶ 홀인원/알바트로스 증명서(스코어 카드) (동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 성명, 날인이 있어야 함) ▶ 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 등 비용 지출 명세서 ▶ 신분증	

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

5. 재물손해 보험금 구비서류

◆ 공통 서류

필요서류	발급처
▶ 보험금청구서	당사 양식
▶ 통장 및 신분증 사본	
▶ 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

※ 재물손해는 보험목적물에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에

는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다. (1588-3344/1600-3434)

6. 배상책임 보험금 구비서류

◆ 공통 서류

필요서류	발급처
▶ 보험금청구서	당사 양식
▶ 통장 및 신분증 사본	
▶ 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

※ 배상책임손해는 사고내용에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다. (1588-3344/1600-3434)

◆ 사고별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
대인배상사고	▶ 진단서(진료확인서) ▶ 초진진료기록지 ▶ 치료비영수증 ▶ 입퇴원 확인서(입원시)	병원
대물배상사고	▶ 피해물품의 사진 ▶ 사고피해품의 구입영수증 ▶ 수리견적서 ▶ 수리비영수증 ▶ 수리불가 확인서(수리 불가시) ▶ 피해물 등록증(차량등록증, 건물 등기부 등본 등)	구입처/ 수리업자

상기 서류 이외에도 보험금 지급을 위하여 보상담당자가 추가서류를 요청할 수 있으며, 경우에 따라 위 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있으니 담당자와 상담하시기 바랍니다. 담당자 확인은 고객센터 1588-3344/1600-3434로 문의하시기 바랍니다.

오인하기 쉬운 주요 분쟁사례

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 우리 회사 고객센터로 연락하여 주시기 바라며, 처리 결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

◆ 롯데손해보험

- 전화 : 1588-3344 또는 1600-3434(고객센터)
- 주소 : 서울시 중구 소월로3(남창동, 롯데손해보험빌딩)
- 인터넷 주소 : www.lotteins.co.kr

◆ 금융감독원 금융민원센터

- 전화 : 국번없이 1332
- 인터넷 주소 : www.fcsc.kr

◆ 손해보험협회 보험상담소

- 전화 : (02)3702-8500
- 인터넷 주소 : www.knia.or.kr

◆ 한국소비자원 소비자상담센터

- 전화 : 국번없이 1372
- 인터넷 주소 : www.ccn.go.kr

모집질서 확립 안내

1. 보험계약 체결과 관련한 특별이익제공 행위는 보험업법에 의하여 처벌 받을 수 있습니다.
2. 보험모집질서 위반행위신고센터
 - 전화 : 국번없이 1332
 - 인터넷 : www.fss.or.kr
3. 금융감독원 보험사기신고센터
 - 전화 : 국번없이 1332
 - 인터넷 : insucop.fss.or.kr

〈사례 : 중간 직업 변경 시 추징금 발생〉

◆ A씨는 고등학생(상해급수1급) 때 보험계약 가입 후 5년이 경과한 시점에서 합기도 사범(상해급수2급)으로 직업이 변경되어 보험료 변경과 함께 납입해야 할 추가정산금액(561,020원)이 발생하였다. 이에 A씨는 해당 추징금을 납입하는 것에 대해 이의를 제기하였다.



1. Q&A

Q. 추가정산금액을 왜 지급해야 하는 건가요?

A. A씨와 동일 조건으로 가입한 다른 보험계약(단, 상해급수는 2급)과 A씨(상해급수1급)의 계약과의 보험료 변경시점에서의 책임준비금 차액을 추징하는 것으로, 해당 금액은 보험료 변경시점 이후의 보장을 하기 위해 필요한 금액입니다. 즉, 매납입주기별로 납입하는 보험료 및 추가정산금액의 합계액이 보험료 변경시점 이후를 보장하기 위해 필요한 보험료가 됩니다(보험료 변경시점 이전의 보장에 대하여 소급해서 보험료를 추징하는 것이 아닙니다).

2. Q&A

Q. 직업의 변경으로 상해급수의 상향조정 시에는 거꾸로 추가정산금액을 환급받을 수 있는건가요?

A. 네, 맞습니다. 1의 경우와 반대되는 경우로서, 추가정산금액을 계약자에게 환급하여 드립니다. 다만, 보험가입 후 경과기간이 오래되지 않은 계약의 경우 상해급수의 조정(상향 또는 하향)이 있더라도 추가정산금액이 발생하지 않을 수도 있습니다.

〈사례 : 암의 정의에 관한 사항〉

◆ A씨는 지난 해 7월 조직검사 결과 위암으로 진단받았다. 그러나 종합검사결과 암은 유방암으로 시작돼 위로 암세포가 전이돼 위암이 발생한 것으로 나타났다. 이에 회사는 일반암(소액암제외)진단비 특별약관의 보험금 지급을 거절하였다.

1. Q&A

Q. 왜 보험금이 지급되지 않은건가요?

A. 종합검사결과 최초의 암이 유방에서 시작된 것으로 밝혀졌다면 최초로 진단확정된 암은 유방암이므로 해당 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않습니다.

2. Q&A

Q. 암진단비는 최초로 발견된 암 기준으로 지급하는 것이 아닌가요?

A. 아닙니다. 최초로 진단 확정된 암 기준으로 보험금을 지급합니다. 따라서 최초로 발견된 암이 전이성 암인 경우에는 원발암을 최초로 진단 확정된 암으로 보기 때문에 보험금을 지급하지 않습니다.

3. 유의사항

질병 종류별로 보장여부는 물론 보험금 지급 금액이 달라질 수 있습니다. 가입 후 보험사고가 났을 경우 약관에 의해 보상이 이루어지므로, 내용을 꼭 확인하시고 가입하세요.

■ [보통약관] 일반암진단비보장

[보통약관] 갑상선암·기타피부암·유사암진단비보장

일반암	위암	유방암	보험가입금액의 XX%
갑상선암			보험가입금액의 XX%
기타피부암			
제자리암			
경계성종양			

■ 일반암(소액암제외)진단비 특별약관

일반암(소액암제외)	위암	보험가입금액의 XX%
소액암	유방암	

〈사례 : 과거병력 고지의무 위반〉

◆ A씨는 계약 체결 시 계약 전 알릴 의무 사항에 본인의 과거 치료이력을 체크하지 않아 계약이 해지되고, 보험금도 지급받지 못하였다. 이에 A씨는 회사의 조치는 부당하다며 이의를 제기하였다.



⇒ 당사는 장기보험 인수지침 상 계약 체결 3개월 이내에 치료력이 있는 자를 현증자로 분류하여 인수를 제한하고 있습니다. 더욱이 조사 과정에서 민원인이 가입 전 다수 진단(진단: 요추부통증, 경추부통증, 견관절통증, 양측수지부통증 등)으로 장기간(45회) 치료받은 내역 및 계약체결 3개월 이내의 치료력(무릎관절증)이 확인되어, 이는 민원인이 고의 또는 중대한 과실로 고지의무를 위반한 것으로 판단됩니다.

계약 전 알릴 의무사항에 과거 치료이력에 대한 사실관계를 기재하지 않으면 보험금이 지급되지 않거나 보험계약이 해지될 수 있으므로, 반드시 기재하여야 합니다.

〈사례 : 실손의료비 갱신시 보험료 인상〉

◆ A씨는 최근 보험료 갱신안내를 받던 중 보험료가 기존 30,000원에서 50,000원으로 큰 폭으로 상승된 것을 보고, 이는 본 계약 체결 시 예측할 수 없었던 사항이라며 이의를 제기하였다.



⇒ 회사는 계약 체결 시 갱신 시 보험료가 달라질 수 있음을 설명하고 있고, 상품설명서 및 약관에도 보험료가 변경될 수 있다는 내용을 명백하게 기재하고 있습니다. 회사도 계약 체결 시 1년 후 변동할 보험료에 대해 예측하기 어려워 가입자에게 구체적인 갱신보험료 인상금액을 안내하기 어렵습니다.

보험료 산출 기준에 따라 갱신보험료를 산출하였고, 해당 보험료는 외부 보험요율검증기관이나 감독당국에 확인받았음을 민원인에게 안내하였으나 갱신보험료 인상이 부당하다고 주장하는 민원인과 협의점을 찾기 쉽지 않았던 사례입니다.

무배당 롯데

3대성인병에강한 건강보험(1708)

약관

롯데손해보험

보 통 약 관

제1절 일반조항

제 1 관 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 상해, 질병 또는 피보험자가 입은 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 및 보상 관련 용어

- 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표2> '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다라면 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.
- 라. 보험가입금액
 - 1) 상해·질병 관련 보장: 회사와 계약자 간에 약정한 금액으로 보험사고 발생 시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액을 말합니다.
 - 2) 실손의료비 관련 보장: 회사와 계약자 간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

- 나. 보장부분 적용이율 : 보장보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.
 - 다. 평균공사이율: 전체 보험회사 공사이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 평균공사이율 (3.0%)을 말합니다.
 - 라. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
 - 마. 보험계약대출이율 : 보험계약대출에 적용되는 이율로서 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정되며, 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에도 적용합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
- 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 보험료 관련 용어
- 가. 보장보험료: 보험금 지급을 위해 필요한 보험료를 말합니다.
 - 나. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.
 - 다. 보험료: 보장보험료와 적립보험료를 합한 것을 말합니다.



〈 보험료의 구성 〉

계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생 시 보험금 지급을 위한 '보장부분 순보험료', 만기 시 환급금을 지급하기 위한 '적립부분 순보험료', 회사의 사업경비(계약체결비용, 계약관리비용 등)를 위한 '부가보험료'로 구성됩니다.

- 보험료 = 보장보험료* + 적립보험료**
- * 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료
- ** 적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제5조(보험금 지급사유의 통지)

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

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 질병진단서, 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)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(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 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(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. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.



〈 가지급보험금 〉

보험사고가 발생한 후 보험금 지급 사유의 조사 및 확인에 상당한 시일이 소요되거나 장기간 치료를 받게 됨으로 인하여 보험약관에서 정한 기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우 경제적 어려움에서 조속히 벗어날 수 있도록 하기 위하여 추정보험금의 50% 범위 내에서 미리 지급하는 보험금을 말합니다.

제8조(공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 적립부분 책임준비금 계산 시 적용되는 이율은 매월 1일 회사가 정한 보장공시이율 V(이하 '공시이율'이라 합니다)로 하며, 당월 말일까지 1개월 간 확정 적용합니다. 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.5%로 합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려하여 정합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.



〈 공시이율 〉

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

공시이율은 적립부분 순보험료 적립 시 적용하는 이율로써 만기환급금에 영향을 주게 됩니다. 공시이율이 높아지면 만기환급금은 많아지고, 공시이율이 낮아지면 만기환급금은 적어집니다.

〈 최저보증이율 〉

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.5%인 경우 공시이율이 0.25%일지라도 적립금은 공시이율(0.25%)이 아닌 최저보증이율(0.5%)로 적립됩니다.

제9조(중도인출금)

계약자는 아래와 같이 보험기간 중에 이 계약의 적립부분 책임준비금에서 중도인출금을 인출할 수 있습니다.

조	건	인출일 현재 계약자가 보험료를 정상적으로 납입하고 계약이 계약체결일부터 만1년 이상 유효하게 유지된 경우	
인	출	한	
한	도		'보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 계산된, 계약자가 요청한 시점의 보통약관의 해지환급금과 이 계약의 적립부분 해지환급금 중 적은 금액(보험계약대출금이 있는 경우 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80% 한도
인	출	가	
능	회	수	매 보험년도마다 1회에 한함



〈 보험년도 〉

계약일부터 매1년 단위의 연도(당해년도 계약해당일부터 다음년도 계약해당일 전일까지의 기간)를 말합니다. 예를 들어, 계약일이 2017년 4월 15일인 경우 보험년도는 4월 15일부터 다음년도 4월 14일까지 1년입니다.

〈 중도인출금의 한도 예시 〉

- 중도인출 시점에 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출된 이 계약의 해지환급금이 90만원, 적립부분 해지환급금이 100만원인 경우
→ 중도인출 한도 = $\text{Min}(90\text{만원}, 100\text{만원}) \times 80\% = 72\text{만원}$
- 중도인출 시점에 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출된 이 계약의 해지환급금이 90만원, 적립부분 해지환급금이 100만원, 기신청한 보험계약대출금(원리금 합계액) 30만원이 있는 경우
→ 중도인출 한도 = $\{ \text{Min}(90\text{만원}, 100\text{만원}) - 30\text{만원} \} \times 80\% = 48\text{만원}$

〈 중도인출 시 환급금 〉

중도인출 시에는 만기환급금 또는 해지환급금에서 인출금액과 함께 인출금액에 붙었을 이자만큼 차감되므로 순수 인출금액 이상으로 환급금이 감소합니다.

제10조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 제8조(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 공시이율로 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 적립한 금액[제9조(중도인출금)에 따라 중도인출금이 있는 경우에는 중도인출한 금액을 차감하고 적립한 금액을 말합니다]을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금을 빼고 지급합니다.
- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.



〈 만기환급금 계산에 관한 사항 〉

보험기간 중에 지급된 중도인출금 등이 있는 경우에는 해당 금액을 해당 금액의 지급 시기에 차감한 후의 잔여금액에 대하여 공시이율로 만기 시까지 이자를 붙여 적립한 금액을 만기환급금으로 합니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에

대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 보험금의 지급사유에서 정한 나누어 지급하는 보험금에 대해서 일시에 지급하는 경우에 한해 '평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액'과 '보장부분 적용이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

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

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제10조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

제14조(대표자의 지정)

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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

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



〈 계약 전 알릴 의무 이행 절차 〉

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 해야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).

〈 계약 전 알릴 의무 위반 사례 〉

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제17조(사기에 의한 계약)

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

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제18조(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 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'(4.0%)를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제19조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 '보험계약대출이율'이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 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 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.



< 전문보험계약자 >

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

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에

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

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려 받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 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.
- ② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.



〈 통신판매계약 〉

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

〈 자필서명 〉

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.



〈 약관의 중요한 내용 〉

보험업법 시행령 제42조의2(설명무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의조건

- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

제21조(계약의 무효)

- ① 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장>의 경우 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 해당 보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 보장의 보험료를 돌려드립니다.
 1. 피보험자가 계약일로부터 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- ② 제2절 보장조항 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비 보장>의 경우 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 해당 보장은 무효로 하며 이미 납입한 해당 보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 모든 보장이 무효가 된 경우에는 이미 납입한 적립보험료를 돌려드립니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제22조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며, 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경 전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

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



< 해지환급금 정산 >

보험기간, 납입기간 등 계약내용의 변경이 있는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

< 보험가입금액 등의 감액 시 환급금 >

보험가입금액, 보험료 등의 감액 시에는 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

제23조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 만00세로 규정한 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 제2항의 계약해당일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.



< 보험나이 계산 예시 >

생년월일 : 1989년 10월 2일, 현재(계약일) : 2017년 4월 13일
 ⇒ 2017년 4월 13일 - 1989년 10월 2일
 = 27년 6월 11일 = 28세

< 계약해당일이 존재하지 않는 경우 보험나이 계산 예시 >

최초 계약일 : 2016년 2월 29일, 보험나이 40세
 ⇒ 2017년 2월 28일, 보험나이 41세
 ⇒ 2020년 2월 29일, 보험나이 44세

제24조(계약의 소멸)

- ① 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 및 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비 보장> 제4조(보장의 소멸)에 따라 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 및 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비 보장>이 모두 소멸한 경우에 그 때부터 이 계약은 소멸됩니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 책임준비금 >

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

제 5 관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.



< 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.

제26조(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.

제27조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 피보험자가 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제2조(보험금 지

급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '일반암'으로 진단확정되었을 경우에는 보험금 지급 사유가 발생한 때부터 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다. 단, 유효하지 않은 보장의 보장보험료는 제외합니다.

- ② 제1항에 따라 보장보험료의 납입면제가 된 경우에는 차회 이후의 이 계약의 적립보험료 납입은 중지됩니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 해지될 수 있습니다.

제28조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 회사는 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병으로 제27조(보험료의 납입면제) 제1항의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제해주지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부 5년이 지난 이후에 제27조(보험료의 납입면제) 제1항의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입이 면제됩니다.
- ③ 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에도 불구하고 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단확정된 '일반암'과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일로부터 보장개시일 전일 이전에 '일반암'으로 진단확정 받더라도 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '일반암'으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보장개시일부 5년이 지난 이후에는 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제합니다.
- ④ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 및 제3항의 '보장개시일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항 및 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 계약자 또는 피보험자가 회사와 제27조(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자 또는 피보험자가 회사와 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보장보험료 납입면제의 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제29조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조(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 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입 최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

?

< 납입최고(독촉)기간 >
 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제30조[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 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%(4.0%) 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제32조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(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 >
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 자에 대하여, 국가의 강제권력에 의하여 그 의무이행을 실현하는 작용 또는 그 절차를 말합니다.

< 담보권실행 >
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >
국세 및 지방세 체납처분 절차란 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 체납 시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제33조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제35조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(해지환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지되는 경우에 지급하는 해지환급금은 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 다만, 보험계약대출금이 있을 경우에는 그 원리금을 빼고 지급합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제37조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제39조(분쟁의 조정)

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

제40조(관할법원)

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

제41조(소멸시효)

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

제42조(약관의 해석)

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

제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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



< 보험안내자료 >

계약의 청약 권유를 위해 만든 서류 등을 말합니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 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.

제45조(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 동의 없이 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.

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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



< 예금자보호제도 >

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

제2절 보장조항

일반암진단비 보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 일반암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만 ^{주2)}	1년 이상 ^{주2)}
보험금	보험가입금액 ^{주1)} 의 50%	보험가입금액 ^{주1)} 의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 보장의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 보장에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비 보장> 참조

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 보장에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제4조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 보장에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



< 보장개시일 [예시] >

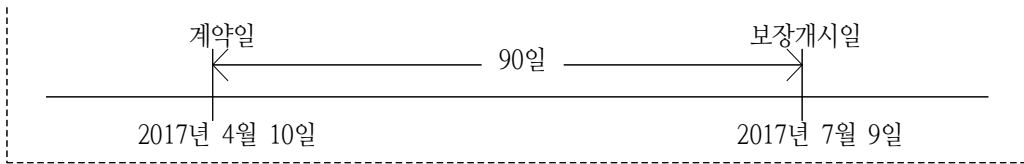
꼭
알
아
두
기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규



제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 - 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 - 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 일반암의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제4조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않으며, 계약자가 차회 이후 납입해야 할 이 보장의 보장보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계

등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 책임준비금 >

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

갑상선암·기타피부암·유사암진단비 보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 보험금으로 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만 ^{주2)}	1년 이상 ^{주2)}
갑상선암	보험가입금액 ^{주1)} 의 50%	보험가입금액 ^{주1)} 의 100%
기타피부암		
제자리암		
경계성종양		

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 보장의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 보장에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '제자리암'이라 함은 <별표4> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
 4. '경계성종양'이라 함은 <별표5> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또

는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제4조(보장의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양에 대한 보험금을 각 1회씩 모두 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않으며, 계약자가 차회 이후 납입해야 할 이 보장의 보장보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 책임준비금 >

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

특별약관

I. 상해 관련 특별약관

상해사망 특별약관 상해사망 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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, 탕글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에

탑승하고 있는 동안

제4조(보험수익자의 지정)

이 특별약관의 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제5조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



< 위험변경 시 해지환급금 정산 >

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우에 회사는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제7조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.



< 심신상실자 및 심신박약자 >

심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급할 때에는 보험금 지급사유가 생길 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(피보험자의 서면동의 철회)

제7조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 이 특별약관의 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

상해후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해로 장애분류표에서 정한 80%이상 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 고도후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 상해로 장애분류표에서 정한 80%미만 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 일반후유장해보험금(장애분류표에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(〈별표2〉 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금[제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 고도후유장해보험금과 제2호의 일반후유장해보험금을 말합니다. 이하 같습니다]을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑦ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

꼭
알
아
두
기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



< 위험변경 시 해지환급금 정산 >

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우에 회사는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해로 장애분류표 (<별표2> 참조)에서 정한 80%이상 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해80%이상후유장해보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 합산합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해가 발생한 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장애상태에 해당하는 장애지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 이 계약에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장애상태에 해당하는 장애지급률을 차감하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



〈 위험변경 시 해지환급금 정산 〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우에 회사는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

상해80%이상후유장해 I (5년간매월지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표 (<별표2> 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일부터 5년간 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 상해80%이상후유장해보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험금의 지급은 60회로 한정합니다.

(가입금액 20만원 가입 시 예시)

총지급금액	지급기준	보험가입금액 등 표기	
		보험가입금액	1회 지급액
1,200만원	20만원 × 60회	20만원	20만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해가 발생한 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장해상태에 해당하는 장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 이 계약에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장해상태에 해당하는 장해지급률을 차감하여 적용합니다.
- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 보험금에 대하여 '평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액'과 '보장부분 적용이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 봅니다.



〈 보험금 지급사유 발생해당일이 존재하지 않는 경우 예시 〉

피보험자가 7월 31일에 보험금 지급사유가 발생한 경우 31일이 없는 9월에는 9월 30일을 보험금 지급사유 발생해당일로 간주합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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 보장합니다)
 - 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지

않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



< 위험변경 시 해지환급금 정산 >

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우에 회사는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

상해50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(〈별표2〉 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해50%이상후유장해보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해가 발생한 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장해상태에 해당하는 장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 이 계약에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장해상태에 해당하는 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 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

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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, 탕글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



〈 위험변경 시 해지환급금 정산 〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우에 회사는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

상해입원비(1일이상) 특별약관 상해입원비(1일이상) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 보험금을 계속 보상합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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) 또

는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

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

제5조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



〈 위험변경 시 해지환급금 정산 〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우에 회사는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

꼭!
알아두기

보통약관

특별약관

별표

관련법규

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신행 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신행 특별약관에만 적용합니다.

'갱신행 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

상급종합병원상해입원비(1일이상) 특별약관 상급종합병원상해입원비(1일이상) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 상급종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원상해입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날의 전일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

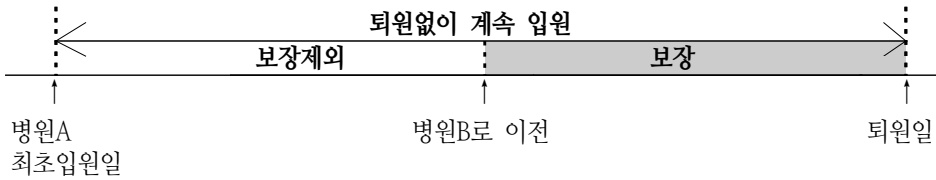
특
별
약
관

별
표

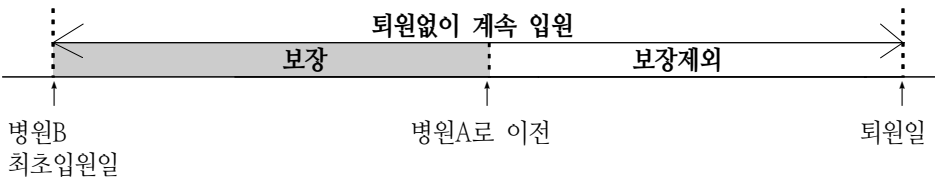
관
련
법
규



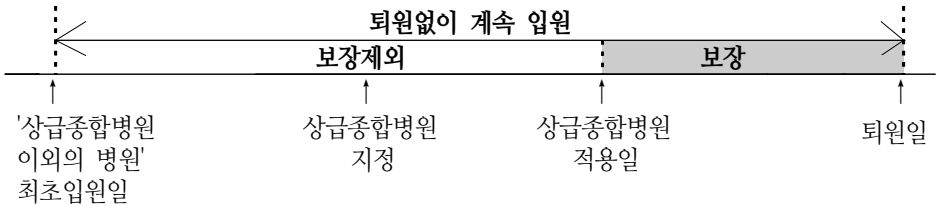
〈상급종합병원 이외의 병원(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우〉



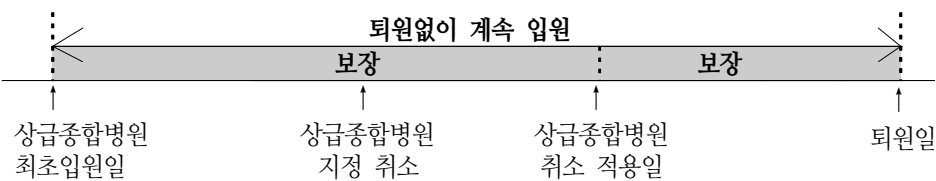
〈상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우〉



〈상급종합병원 이외의 병원에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우〉



〈상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우〉



제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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, 탕글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 - 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 '상급종합병원' 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 - 2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제4항에 따라 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보

보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 책임준비금 >

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

제6조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



< 위험변경 시 해지환급금 정산 >

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제6조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우에 회사는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제6조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

상해중환자실입원비(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '중환자실'이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4]에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 보험금을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.



[의료법 시행규칙]

[별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

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

어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니된다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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, 탕글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라

합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



< 위험변경 시 해지환급금 정산 >

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우에 회사는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여

야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

II. 질병 관련 특별약관

질병사망 특별약관 질병사망 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중에 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험수익자의 지정)

이 특별약관의 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제4조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아

니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.



〈 심신상실자 및 심신박약자 〉

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

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망[보통약관 제2절 보장조항 〈일반암진단비 보장〉 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(피보험자의 서면동의 철회)

제4조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서

면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 이 특별약관의 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(〈별표2〉 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 고도후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(〈별표2〉 참조)에서 정한 80%미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 일반후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- 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 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금[제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 고도후유장해보험금과 제2호의 일반후유장해보험금을 말합니다. 이하 같습니다]을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보

꼭
알
아
두
기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑪ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제4조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

질병80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(〈별표2〉 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병80%이상후유장해보험금(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- 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 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑧ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해가 발생한 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장해상태에 해당하는 장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이미 이 계약에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장해상태에 해당하는 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

제3조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제4조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

질병80%이상후유장해 I (5년간매월지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 장애분류표(〈별표2〉 참조)에서 정한 80%이상 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일부터 5년간 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 질병80%이상후유장해보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험금의 지급은 60회로 한정합니다.

(가입금액 20만원 가입 시 예시)

총지급금액	지급기준	보험가입금액 등 표기	
		보험가입금액	1회 지급액
1,200만원	20만원 × 60회	20만원	20만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- 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 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑧ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해가 발생한 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장애상태에

해당하는 장애지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 이미 이 계약에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이전에 발생한 후유장애의 장애상태에 해당하는 장애지급률을 차감하여 적용합니다.
- ⑪ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 보험금에 대하여 '평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액'과 '보장부분 적용이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑫ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 봅니다.



< 보험금 지급사유 발생해당일이 존재하지 않는 경우 예시 >

피보험자가 7월 31일에 보험금 지급사유가 발생한 경우 31일이 없는 9월에는 9월 30일을 보험금 지급사유 발생해당일로 간주합니다.

제3조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 **보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)**에서 정한 **보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.**

제4조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9

조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

꼭!
알아
두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

질병50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(〈별표2〉 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병50%이상후유장해보험금(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- 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 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑧ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해가 발생한 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장해상태에 해당하는 장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이미 이 계약에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이전에 발생한 후유장해의 장해상태에 해당하는 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

제3조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제4조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

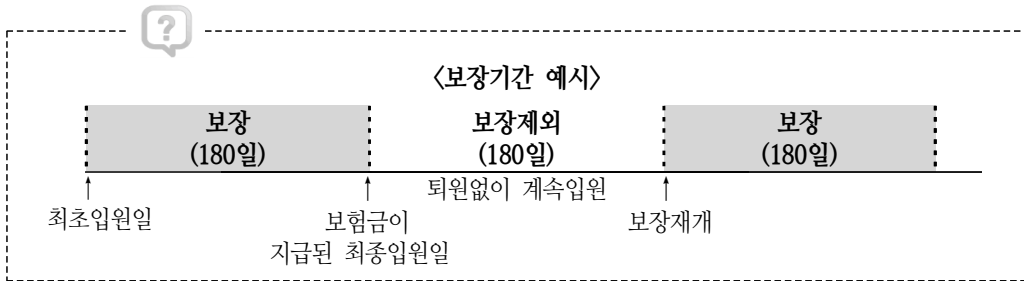
질병입원비(1일이상) 특별약관
질병입원비(1일이상) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑦ 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에

서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

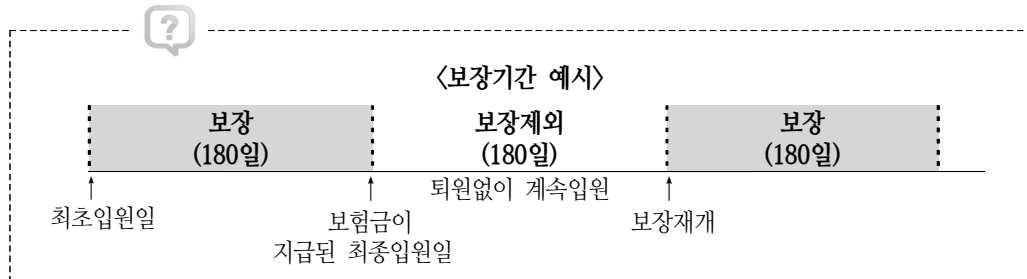
상급종합병원질병입원비(1일이상) 특별약관
 상급종합병원질병입원비(1일이상) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

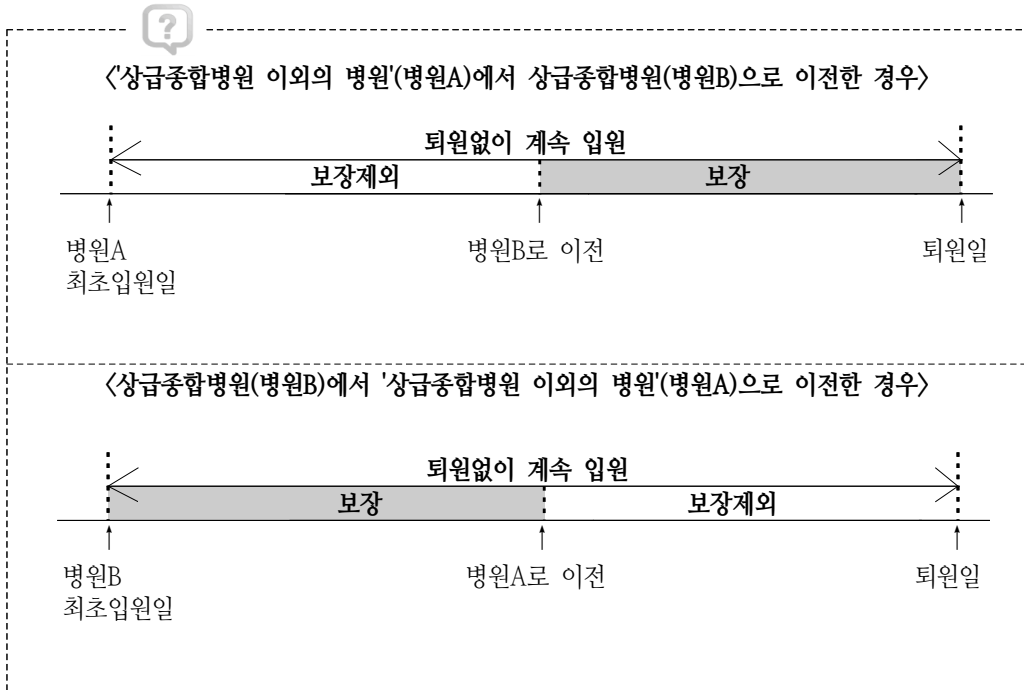
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

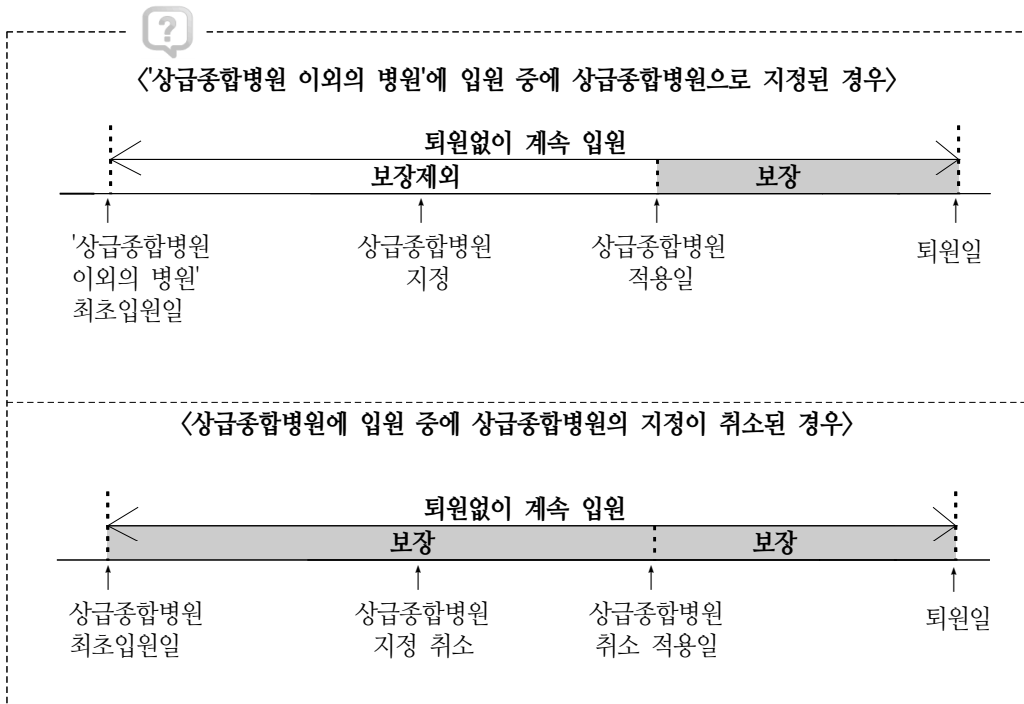
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날의 전일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 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 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑫ 제11항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑬ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.





제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 직업을 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 '상급종합병원' 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 - 2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제4항에 따라 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 책임준비금 >

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

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제8조(계약의 소멸)

① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

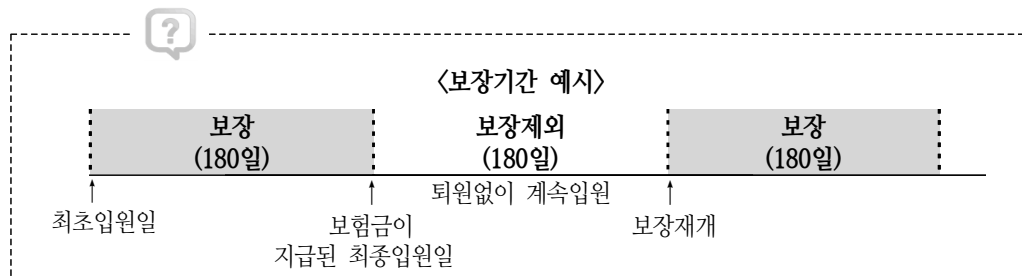
질병중환자실입원비(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '중환자실'이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4]에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에

서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.



[의료법 시행규칙]

[별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 '신생아중환자실'이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 '병상 1개당 면적'은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소측지기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 엠부백(마스크 포함), 심전도기록기, 체세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 체세동기 대신 광선기와 집중치로기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니된다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 한다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

꼭
알
아
두
기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

- 6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- 7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- 8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 9. 정상분만, 치과질환

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

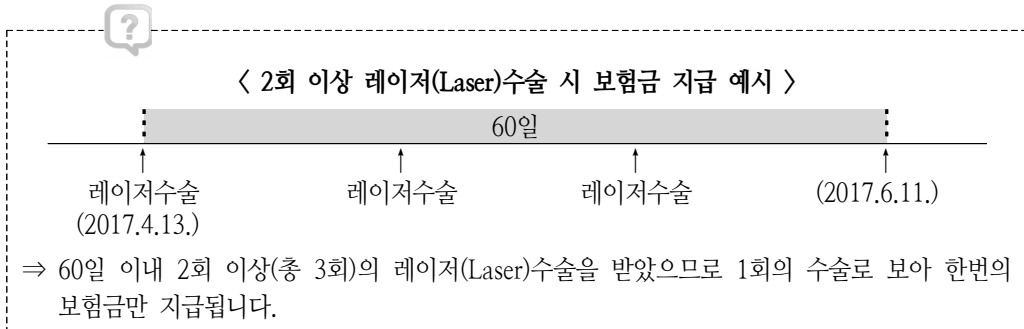
질병수술비 특별약관
질병수술비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험금은 매 수술시마다 지급합니다. 단, 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.



- ② 제1항에도 불구하고 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 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 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외함

니다.

- ② 제1항의 '수술'에는 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2) 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 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 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관 관련 합병증(N96~N98)
 - 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 - 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 - 5. 비만(E66)
 - 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(제내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반[피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다], 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음[수면무호흡(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(융비술), 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 다리 정맥류 수술

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제7조(계약의 소멸)

① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는

보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

암사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

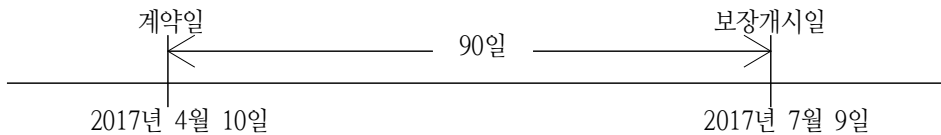
회사는 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암(이하 '암'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



< 일반암에 대한 보장개시일 [예시] >



제3조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에

해당하는 질병을 말합니다.

3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제4조(보험수익자의 지정)

이 특별약관의 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제5조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
3. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
4. 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.



< 심신상실자 및 심신박약자 >

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

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(피보험자의 서면동의 철회)

제5조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 이 특별약관의 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

일반암진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 일반암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만 ^{주2)}	1년 이상 ^{주2)}
보험금	보험가입금액 ^{주1)} 의 50%	보험가입금액 ^{주1)} 의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



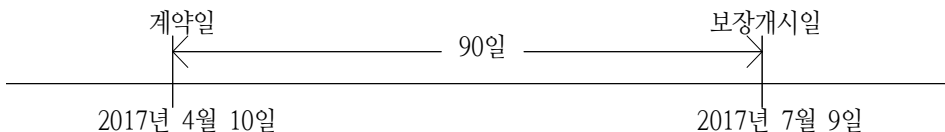
갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.
 ※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비 특별약관> 참조

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 1. 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.



〈 보장개시일 [예시] 〉



제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 - 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 - 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항 제1호의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제4조(계약의 무효)

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

- 1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
- 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴

때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 〈일반암진단비 보장〉 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

일반암진단생활자금 I (5년간매월지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 아래에서 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험금 지급사유 발생일로부터 5년간 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 일반암진단생활자금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험금의 지급은 60회로 한정합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

(가입금액 50만원 가입 시 예시)

구 분	총지급금액	지급기준	보험가입금액 등 표기	
			보험가입금액	1회 지급액
1년 미만	1,500만원	25만원 × 60회	50만원	25만원
1년 이상	3,000만원	50만원 × 60회	50만원	50만원

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



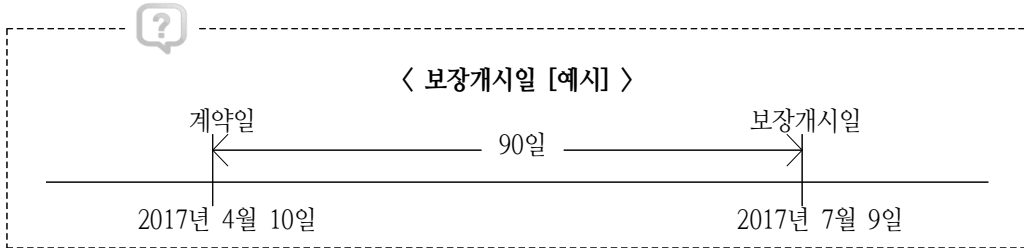
갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 보통약관 제2절 보장조항 <갑상선암·기타피부암·유사암 진단비 보장> 참조

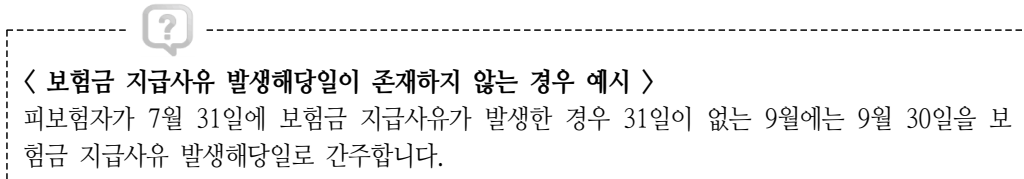
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90

일이 지난 날의 다음날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 보험금에 대하여 '평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액'과 '보장부분 적용이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생해당일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 봅니다.



제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 - 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 - 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항 제1호의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제4조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

일반암(소액암제외)진단비 특별약관
 일반암(소액암제외)진단비 특별약관(갱신형)


제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암(소액암제외)으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 일반암(소액암제외)진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

일반암(소액암제외)진단비 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

일반암(소액암제외)진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

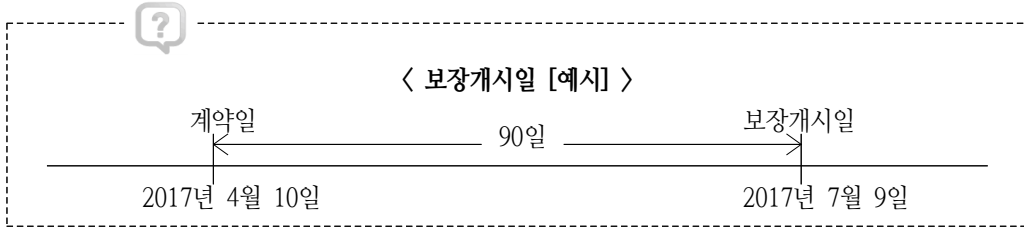
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.


 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.
 ※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 보통약관 제2절 보장조항 <갑상선암·기타피부암·유사암 진단비 보장> 참조

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

1. 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
2. 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.



제3조[암, 일반암, 일반암(소액암제외)의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. '일반암(소액암제외)'이라 함은 제1호에서 정한 '일반암'에서 제5호의 '소액암'을 제외한 암을 말합니다.
 5. '소액암'이라 함은 <별표6> '소액암 분류표'에서 정한 1.유방의 악성 신생물, 2.자궁경부의 악성 신생물, 3.자궁체부의 악성 신생물, 4.전립선의 악성 신생물, 5.방광의 악성 신생물에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항 제4호의 '일반암(소액암제외)'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제4조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암(소액암제외)로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

4기암·특정암진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 '특정암' 또는 '4기암(특정암제외)'으로 진단확정 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 4기암·특정암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년 미만	1년 이상	
특정암	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
4기암(특정암제외)			

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 암 중 동시에 2가지 이상의 암으로 진단확정되더라도 하나의 암에 대하여만 보험금을 지급합니다.
- ② 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제7조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ **보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).**
 1. 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

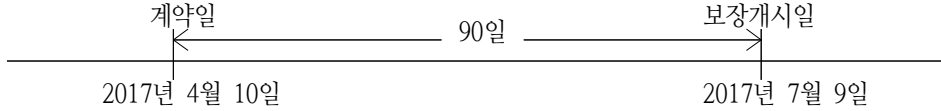
특
별
약
관

별
표

관
련
법
규



〈 보장개시일 [예시] 〉



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 '병기구분 불가암 분류표'(<별표7> 참조)에 해당하는 암에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조[암, 특정암, 4기암(특정암제외)의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 - 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 - 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 4. '특정암'이라 함은 <별표8> '특정암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 5. '4기암(특정암제외)'라 함은 '일반암'에서 제4호의 '특정암'을 제외한 암 중 '4기암'에 해당되는 암을 말합니다.
 - 6. '4기암'이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제7판 TNM병기분류상 'StageIV'에 해당하는 경우. 단, AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제7판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.
 - 나. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 'StageIV'에 해당하는 경우
 - 다. Astler - Coller 분류 상 'Stage D'에 해당하는 경우
 - 라. Jewett 분류 상 'Stage D'에 해당하는 경우
 - 마. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
 - 바. 한국표준질병·사인분류에 있어서 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
 - 사. <별표7> '병기구분 불가암 분류표'에 해당하는 암으로 진단확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
 - 아. 상기 기준 이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학 적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 'TNM 병기 4기'에 준하는 단계라고 진단받은 경우
- ③ 제2항 제6호에서 정한 '4기암'을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등

을 종합적으로 고려하여 '4기암' 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 '4기암' 판단을 할 수 있습니다.

- ④ 제2항의 암관련질병('일반암', '특정암' 및 '4기암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

?

< 병기(암의 진행상태) >
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

< TNM 병기 >
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymph Node), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

< 특정암, 4기암(특정암제외) 보장대상 요약 >

암 구분			지급대상	
암	일반암	특정암	1~3기암 4기암	✓ ✓
		특정암 이외의 암	1~3기암 4기암	✓ ✓
	갑상선암, 기타피부암			

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 암진단서(회사양식의 사고증명서 포함), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등] 다만, '4기암'에 해당되는 보험금을 청구 시에는 사고증명서에 제4조[암, 특정암, 4기암(특정암 제외)의 정의 및 진단확정] 제2항 제6호에서 인정되는 '4기암'에 해당한다는 내용이 포함되어야 합니다.
 3. 진단을 객관적으로 입증할 수 있는 검사결과지(병리조직검사 결과지, 진단방사선검사 결과지 등)
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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



〈 '4기암' 진단서 예시 〉

1. 홍길동은 2017년 4월 1일 위암 StageIV(TNM)로 진단되었습니다.
2. 홍길동은 2017년 4월 1일 위암 T2N2M1(TNM)으로 진단되었습니다.
3. 홍길동은 2017년 4월 1일 전립선암 StageD(Jewett)로 진단되었습니다.

제6조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제8조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

- ① 갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제8조(보험료의 납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 보장은 보장종료일(피보험자 나이 100세 계약해당일)에 도달할 때까지 계속됩니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 〈일반암진단비 보장〉 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자

에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).

- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

두번째암진단비 특별약관 두번째암진단비 특별약관(갱신형)

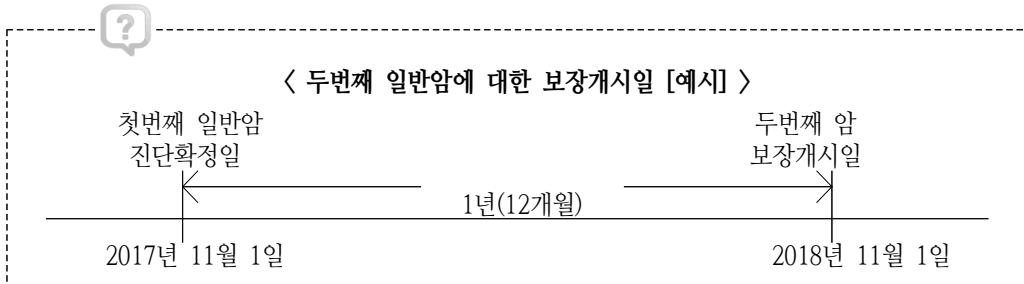
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에서 정한 '두번째 암 보장개시일' 이후에 두번째 일반암으로 진단확정되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 두번째암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

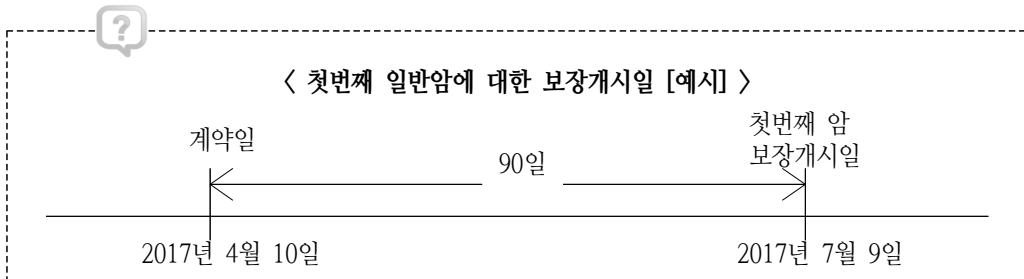
- ① 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 계약자는 피보험자가 첫번째 일반암으로 진단확정된 이후 제9항에서 정한 '두번째 암 보장개시일' 이전에 두번째 일반암으로 진단확정 받았을 경우에는 두번째 일반암 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 첫번째암 진단확정일 시점의 책임준비금을 돌려 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ⑥ 제5항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 그 두번째 일반암이 동일한 기관에 재발 또는 전이되어 또다른 두번째 일반암으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 첫번째 일반암으로 진단확정된 이후 '두번째 암 보장개시일' 이전에 두번째 일반암으로 진단확정 받았더라도 '두번째 암 보장개시일'로부터 5년이 지나는 동안 그 두번째 일반암으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 '두번째 암 보장개시일'로부터 5년이 지난 이후에는 또다른 두번째 일반암을 두번째암으로 간주하여 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 첫번째 일반암으로 진단확정된 이후 '두번째 암 보장개시일'로부터 5년이 지나는 동안 그 첫번째 일반암으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 '두번째 암 보장개시일'로부터 5년이 지난 이후 첫번째 일반암과 동일한 기관에 일반암이 진단확정된 경우에는 두번째 일반암으로 간주하여 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금을 지급합니다.
- ⑨ **보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 첫번째 일반암 진단확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난 날의 다음날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '두번째**

암 보장개시일'이라 합니다). 다만, 진단확정일이 2월 29일인 경우에는 2월 28일을 진단확정일로 합니다.



제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항 제1호의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 이 특별약관에서 '첫번째 일반암'이라 함은 보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장>에서 일반암진단비(보험금)가 지급되는 경우 그 보험금 지급사유가 된 일반암을 말합니다
- ⑤ 제4항의 첫번째 일반암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다(이하 '첫번째 암 보장개시일'이라 합니다). 단, 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.



꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

⑥ 이 특별약관에서 '두번째 일반암'이라 함은 다음의 한가지에 해당하는 암을 말합니다.

1. 첫번째 일반암이 발생한 기관과 다른 기관에 발생한 새로운 일반암(원발암, primary cancer)
2. 첫번째 일반암이 발생한 기관과 다른 기관에 전이된 일반암(전이암, metastatic cancer)



〈 원발암, primary cancer 〉

원발부위에 발생한 암으로 첫번째 암과 다른 조직병리학적 특성(histopathological appearance)을 가진 암을 말합니다.

〈 전이암, metastatic cancer 〉

원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암을 말합니다.

〈 기관, organ 〉

같은기관 및 다른기관 여부는 <별표14> '기관(Organ)분류표'에 따라 판단됩니다(이하 같습니다).

[예시]

첫번째 암	두번째 암	판 정
입술의 악성 신생물(C00)	구개의 악성 신생물(C05)	다른기관
허벅지의 악성 신생물(C01)	허의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 (C02)	같은기관
결장의 악성 신생물(C18)	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물 (C26)	같은기관

【유의사항】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 첫번째 일반암 진단확정된 이후 '두번째 암 보장개시일' 이전에 두번째 일반암이 진단확정된 경우
2. 첫번째 일반암으로 진단확정된 기관과 같은 기관에 또다른 일반암이 진단확정된 경우
3. 첫번째 일반암으로 진단확정된 기관이 두개 이상(예: 첫번째 일반암이 위(stomach)와 간(liver)에 동시에 진단확정된 경우)인 경우, 그 기관들과 같은 기관(들)(예: 위 및/또는 간)에만 또다른 일반암이 진단확정된 경우
4. 첫번째 일반암으로 인하여 '중피성 및 연조직'〔<별표9> '기관(Organ)분류표' 참조]에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
5. 첫번째 일반암으로 인하여 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'〔<별표9> '기관(Organ)분류표' 참조]에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
6. 첫번째 일반암이 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'〔<별표9> '기관(Organ)분류표' 참조]의 암(예: 백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정되고, 두번째 일반암이 다시 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'의 암으로 진단확정된 경우

제5조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 최초계약일로부터 '첫번째 암 보장개시일'의 전일 이전에 첫번째 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 첫번째 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제8조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

- ① '갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제7조(보험료의 납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 보장은 보장종료일(피보험자 나이 100세 계약해당일)에 도달할 때까지 계속됩니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 보장종료일 1년 전(피보험자 나이 99세 계약해당일)까지 피보험자가 제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 '첫번째 일반암'으로 진단확정되지 않은 경우 그 때부터 이 특별약관은 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ⑤ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

고액치료비암진단비 특별약관
고액치료비암진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 고액치료비암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

고액치료비암진단비 특별약관	
1년미만 보험가입금액의 50%	1년이상 보험가입금액의 100%

고액치료비암진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만 보험가입금액의 50%	1년이상 보험가입금액의 100%	
		보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 1. 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

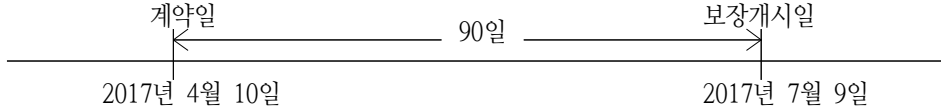
특
별
약
관

별
표

관
련
법
규



< 보장개시일 [예시] >



제3조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '고액치료비암'이라 함은 <별표10> '고액치료비암 분류표'에서 정한 1.식도의 악성 신생물, 2.췌장의 악성 신생물, 3.뼈 및 관절연골의 악성 신생물, 4.뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물, 5.림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항의 '고액치료비암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '고액치료비암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

암직접치료입원비(4일이상) 특별약관
 암직접치료입원비(4일이상) 특별약관(갱신형)

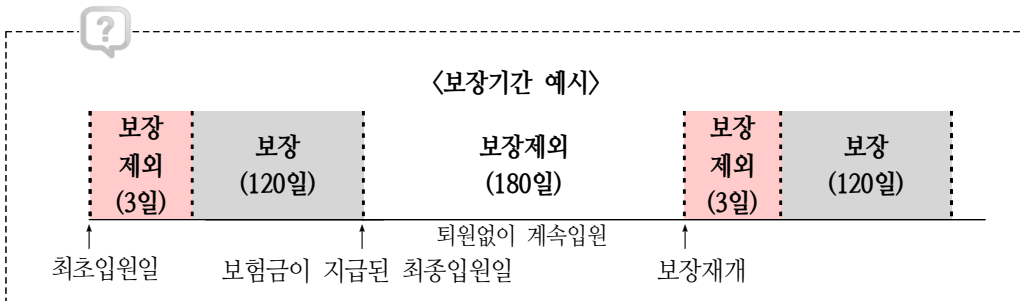
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우 아래에 정한 금액을 암직접치료입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
일반암으로	4일이상 계속입원시	3일초과 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 100%
갑상선암으로	4일이상 계속입원시	3일초과 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 20%
기타피부암으로		
제자리암으로		
경계성종양으로		

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

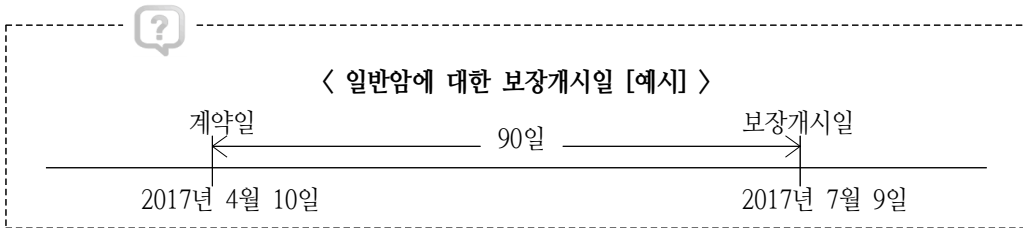
- ① 보험금 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 암관련질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 제10항에서 정한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해

당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ **보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).**
 1. **일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.**
 2. **갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.**



제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암관련질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 '의료법' 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원'이라 함은 의사에 의하여 암관련질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암관련질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암관련질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암관련질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 암관련질병으로 진단된 경우에는 이는 암관련질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 암관련질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만,

전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. '제자리암'이라 함은 <별표4> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
5. '경계성종양'이라 함은 <별표5> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제5조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

암수술비(매회) 특별약관
 암수술비(매회) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래에 정한 금액을 수술1회당 암수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

암수술비(매회) 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

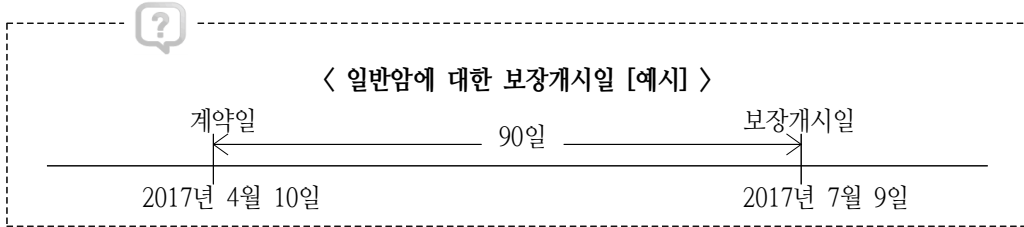
암수술비(매회) 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.

2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과여사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

? < 절단(切斷) >
특정부위를 잘라 내는 것

? < 절제(切除) >
특정부위를 잘라 없애는 것

? < 흡인(吸引) >
주사기 등으로 빨아들이는 것

? < 천자(穿刺) >
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. '제자리암'이라 함은 <별표4> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
 5. '경계성종양'이라 함은 <별표5> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제5조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험

료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

일반암수술비(1회한) 특별약관
일반암수술비(1회한) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래에 정한 금액을 암수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

일반암수술비(1회한) 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

일반암수술비(1회한) 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

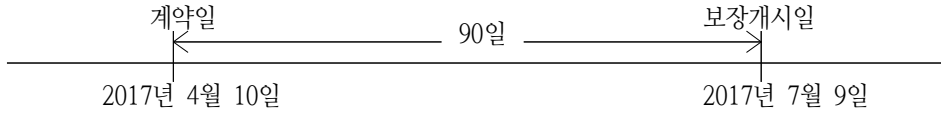
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 1. 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.



< 보장개시일 [예시] >



제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

< 신의료기술평가위원회 >

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

제4조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant

potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제2항 제1호의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제5조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

암수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래에 정한 금액을 수술1회당 암수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
일반암	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암 기타피부암 제자리암 경계성종양	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

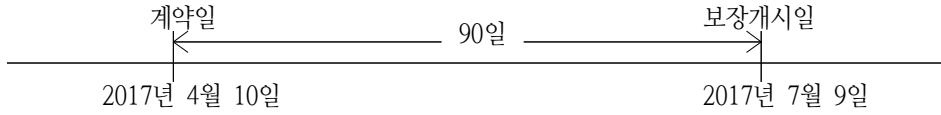
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant

potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. '제자리암'이라 함은 <별표4> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
5. '경계성종양'이라 함은 <별표5> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제5조(계약의 무효)

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

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

유방암으로 인한 유방수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

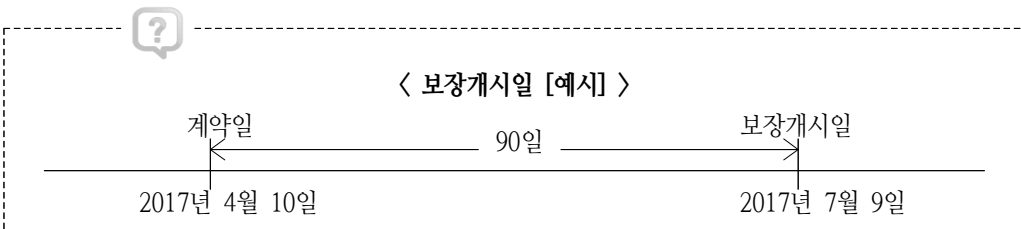
회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 유방암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방수술을 받은 때에는 아래에 정한 금액을 수술1회당 유방암으로 인한 유방수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험금은 매 수술시마다 지급합니다.
- ② 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을

말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ② 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

?

〈 절단(切斷) 〉
특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉
특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉
주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

제4조(유방암, 유방암으로 인한 유방수술의 정의)

- ① '유방암'이라 함은 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② '유방암으로 인한 유방수술'이라 함은 '유방암으로 인한 유방수술 분류표'(<별표11> '유방암으로 인한 유방수술 분류표' 참조, 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다. 단, 미용을 위한 수술, 유방의 조직검사(biospy), 내시경하 수술 등은 제외합니다.
- ③ '유방암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(계약의 무효)

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

- 1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 유방암으로 진단확정되어 있는 경우
- 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일(이하 '보장개시일'이라 합니다) 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암(이하 '암'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료(이하 '항암치료'라 합니다)를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
일반암	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암		
기타피부암	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

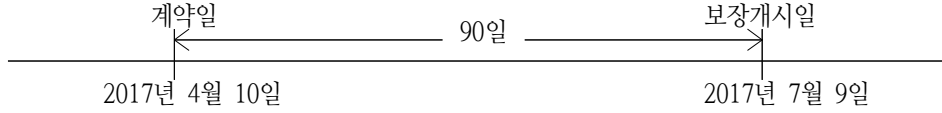
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 항암치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 항암치료 시를 의미합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 기타피부암으로 항암치료를 받은 후에도 이후 일반암 또는 갑상선암으로 항암치료를 받게 되는 경우 이 특별약관에 따라 일반암 또는 갑상선암에 대한 보험금을 지급합니다. 그러나 일반암 또는 갑상선암으로 항암치료를 받은 후에는 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 항암치료를 받게 되더라도 그 암에 대한 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



< 일반암에 대한 보장개시일 [예시] >



제3조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

- ① '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표3> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을

연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 일반암에 대한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 갑상선암에 대한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 일반암 또는 갑상선암에 대한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다].
- ③ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

뇌혈관질환진단비 특별약관
뇌혈관질환진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 뇌혈관질환진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌혈관질환진단비 특별약관	
1년 미만 보험가입금액의 50%	1년 이상 보험가입금액의 100%

뇌혈관질환진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년 미만 보험가입금액의 50%	1년 이상 보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌혈관질환'이라 함은 <별표12> '뇌혈관질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을

기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

뇌졸중진단비 특별약관 뇌졸중진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 뇌졸중진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌졸중진단비 특별약관	
1년 미만 보험가입금액의 50%	1년 이상 보험가입금액의 100%

뇌졸중진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년 미만 보험가입금액의 50%	1년 이상 보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌졸중'이라 함은 <별표13> '뇌졸중 분류표'에서 정한 뇌졸중으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경

우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

뇌출혈진단비 특별약관 뇌출혈진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌출혈진단비 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

뇌출혈진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌출혈'이라 함은 <별표14> '뇌출혈 분류표'에서 정한 뇌출혈로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경

우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

중증뇌출혈진단비 특별약관
중증뇌출혈진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 중증뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 중증뇌출혈진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증뇌출혈진단비 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

중증뇌출혈진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	보험가입금액의 100%
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '뇌출혈'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(계약의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(중증뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌출혈'이라 함은 <별표14> '뇌출혈 분류표'에서 정한 뇌출혈로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② '중증뇌출혈'이라 함은 제1항의 '뇌출혈'로 인하여 장애분류표(〈별표2〉 참조)에서 정한 "신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때"의 지급률이 80%이상이고, 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표(〈별표2〉 '장애분류표' 〈붙임〉 참조)에서 정한 이등동작 제한 정도에 따른 지급률이 30%이상인 장애상태에 해당하는 경우를 말합니다.
- ③ 장애분류표에서 정한 "신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때"의 지급률은 장애분류별 판정기준 "13. 신경계·정신행동 장애"의 "가. 장애의 분류 1)" 및 "나. 장애판정기준 1)신경계 ①,③"에 따라 판정합니다.
- ④ '중증뇌출혈'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 〈일반암진단비 보장〉 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

허혈심장질환진단비 특별약관
 허혈심장질환진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈심장질환으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 허혈심장질환진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

허혈심장질환진단비 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

허혈심장질환진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '허혈심장질환'이라 함은 <별표15> '허혈심장질환 분류표'에서 정한 허혈심장질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화

된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

급성심근경색증진단비 특별약관
 급성심근경색증진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

급성심근경색증진단비 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

급성심근경색증진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 <별표16> '급성심근경색증 분류표'에서 정한 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화

된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

중증급성심근경색증진단비 특별약관
중증급성심근경색증진단비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 중증급성심근경색증으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 중증급성심근경색증진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증급성심근경색증진단비 특별약관		
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	

중증급성심근경색증진단비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(계약의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(중증급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 <별표16> '급성심근경색증 분류표'에서 정한 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

- ② '중증급성심근경색증'이라 함은 제1항에서 정한 '급성심근경색증'으로 인하여 "중등도의 좌심실 기능저하"를 초래한 경우로써, 좌심실 구혈률(ejection fraction)이 비가역적으로 30% 미만인 경우를 말합니다.
- ③ '중증급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 그 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

뇌혈관질환수술비 특별약관
 뇌혈관질환수술비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래에 정한 금액을 수술1회당 뇌혈관질환수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌혈관질환수술비 특별약관	
1년미만 보험가입금액의 50%	1년이상 보험가입금액의 100%

뇌혈관질환수술비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만 보험가입금액의 50%	1년이상 보험가입금액의 100%	
		보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌혈관질환'이라 함은 <별표12> '뇌혈관질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출

방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

허혈심장질환수술비 특별약관
허혈심장질환수술비 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래에 정한 금액을 수술1회당 허혈심장질환수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

허혈심장질환수술비 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

허혈심장질환수술비 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	갱신후계약
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	
		보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과여사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원

이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

< 신의료기술평가위원회 >

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

제3조(허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '허혈심장질환'이라 함은 <별표15> '허혈심장질환 분류표'에서 정한 허혈심장질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자

에게 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다

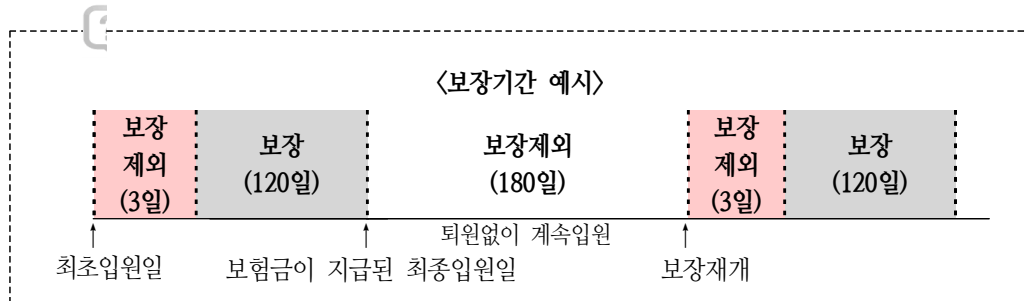
14대질병입원비(4일이상) 특별약관
14대질병입원비(4일이상) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 14대질병으로 진단확정되고, 그 14대질병의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 3일초과 1일당 14대질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 14대질병의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 14대질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 14대질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑨ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 14대질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '14대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이라 함은 의사에 의하여 14대질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 14대질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 14대질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 14대질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 14대질병으로 진단된 경우에는 이는 14대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 14대질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(14대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '14대질병'이라 함은 <별표17> '14대질병 분류표'에 정한 1.당뇨병, 2.심장질환, 3.고혈압, 4.뇌혈관질환, 5.간질환, 6.위·십이지장궤양, 7.갑상선질환, 8.동맥경화증, 9.만성 허부호흡기질환, 10.폐렴, 11.백내장, 12.녹내장, 13.결핵, 14.신부전으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 14대질병의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

20대질병수술비Ⅱ 특별약관
20대질병수술비Ⅱ 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(20대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 20대질병으로 진단확정되고 그 20대질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래에 정한 금액을 수술1회당 20대질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성 하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 결핵, 신부전	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
관절염, 백내장, 생식기질환, 담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 10%

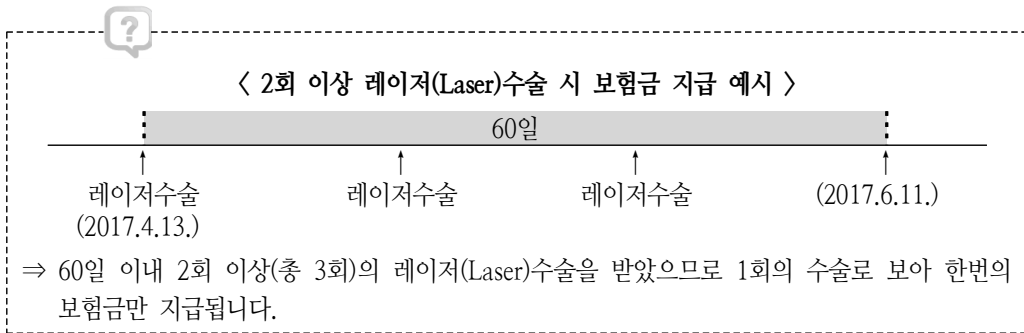
20대질병수술비Ⅱ 특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년 미만	1년 이상	
당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성 하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 결핵, 신부전	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
관절염, 백내장, 생식기질환, 담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 10%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

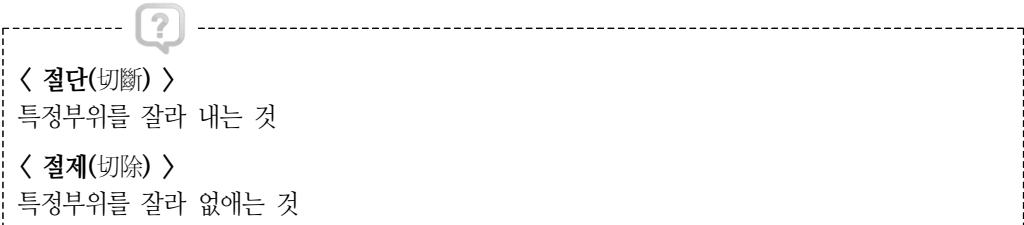
- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.



- ② 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 특별약관의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.



〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

제4조(20대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '20대질병'이라 함은 <별표18> '20대질병 분류표'에 정한 1.당뇨병, 2.심장질환, 3.고혈압, 4.뇌혈관질환, 5.간질환, 6.위·십이지장궤양, 7.갑상선질환, 8.동맥경화증, 9.만성 하부 호흡기질환, 10.폐렴, 11.관절염, 12.백내장, 13.녹내장, 14.결핵, 15.신부전, 16.생식기질환, 17.담석증, 18.사타구니 탈장, 19.편도염, 20.축농증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 20대질병의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다.]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

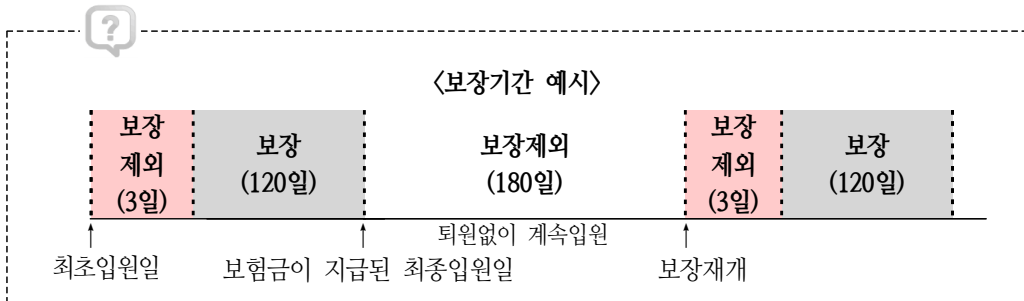
남성특정비뇨기계질환입원비(4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 남성특정비뇨기계질환으로 진단확정되고, 그 남성특정비뇨기계질환의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 3일초과 1일당 남성특정비뇨기계질환입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 남성특정비뇨기계질환의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 남성특정비뇨기계질환의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 남성특정비뇨기계질환에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 남성특정비뇨기계질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '남성특정비뇨기계질환의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원'이라 함은 의사에 의하여 남성특정비뇨기계질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 남성 특정비뇨기계질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 남성특정비뇨기계질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 남성특정비뇨기계질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 남성특정비뇨기계질환으로 진단된 경우에는 이는 남성특정비뇨기계질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 남성특정비뇨기계질환으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '남성특정비뇨기계질환'이라 함은 <별표19> '남성특정비뇨기계질환 분류표'에서 정한 1.사구체질환, 2.세뇨관-간질 질환, 3.신부전, 4.신장 및 요관의 기타장애, 5.비뇨계통의 기타질환, 6.남성 생식기관의 질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 남성특정비뇨기계질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 남성특정비뇨기계질환으로 진단확정되고 그 남성 특정비뇨기계질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래에 정한 금액을 수술1회당 남성특정비뇨기계질환수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '조작'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

제4조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '남성특정비뇨기계질환'이라 함은 <별표19> '남성특정비뇨기계질환 분류표'에서 정한 1.사구체질환, 2.세뇨관-간질 질환, 3.신부전, 4.신장 및 요관의 기타장애, 5.비뇨계통의 기타질환, 6.남성 생식기관의 질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 남성특정비뇨기계질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

말기신부전증신장투석비용 I (10년간매월지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 말기신부전증으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 말기신부전증 진단확정일로부터 10년간 매월 말기신부전증 진단확정 해당일에 말기신부전증신장투석비용(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험금의 지급은 120회로 한정합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

(가입금액 10만원 가입, 가입후 경과기간 1년 미만 진단확정시 예시)

총지급금액	지급기준	보험가입금액 등 표기	
		보험가입금액	1회 지급액
600만원	5만원 × 120회	10만원	5만원

(가입금액 10만원 가입, 가입후 경과기간 1년 이후 진단확정시 예시)

총지급금액	지급기준	보험가입금액 등 표기	
		보험가입금액	1회 지급액
1,200만원	10만원 × 120회	10만원	10만원

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 보험금에 대하여 '평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액'과 '보장부분 적용이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 봅니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규



〈 보험금 지급사유 발생해당일이 존재하지 않는 경우 예시 〉

피보험자가 7월 31일에 보험금 지급사유가 발생한 경우 31일이 없는 9월에는 9월 30일을 보험금 지급사유 발생해당일로 간주합니다.

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 '말기신부전증'이라 함은 <별표20>에서 정한 '말기신부전증'을 말합니다.
- ② 제1항의 말기신부전증의 진단 확정은 「의료법」 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 말기폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

말기간경화진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 말기간경화로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 말기간경화진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

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 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(말기간경화의 정의 및 진단 확정)

- 이 특별약관에서 '말기간경화'라 함은 <별표21>에서 정한 '말기간경화'를 말합니다.
- 제1항의 말기간경화의 진단 확정은 「의료법」 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 말기간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제5조(계약의 소멸)

- 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않

습니다.

- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 〈일반암진단비 보장〉 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

말기폐질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 말기폐질환으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 말기폐질환진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

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 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(말기폐질환의 정의 및 진단 확정)

- 이 특별약관에서 '말기폐질환'이라 함은 <별표22>에서 정한 '말기폐질환'을 말합니다.
- 제1항의 말기폐질환의 진단 확정은 「의료법」 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 말기폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제5조(계약의 소멸)

- 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

습니다.

- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 〈일반암진단비 보장〉 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다(단, 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다).
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

관상동맥우회수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 관상동맥질환의 치료를 직접적인 목적으로 '관상동맥우회술'을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 관상동맥우회수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

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 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(관상동맥우회술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 '관상동맥우회술'이라 함은 <별표23>에서 정한 '관상동맥우회술'을 말합니다.
- 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 이루어져야 합니다.
- 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제5조(계약의 소멸)

- 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

습니다.

- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

심장판막수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장판막질환의 치료를 직접적인 목적으로 '심장판막수술'을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 심장판막수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

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 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(심장판막수술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 '심장판막수술'이라 함은 <별표24>에서 정한 '심장판막수술'을 말합니다.
- 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 이루어져야 합니다.
- 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제5조(계약의 소멸)

- 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

습니다.

- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 〈일반암진단비 보장〉 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

대동맥류인조혈관치환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대동맥류질환의 치료를 직접적인 목적으로 '대동맥류인조혈관치환수술'을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 대동맥류인조혈관치환수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1년 미만	1년 이상
보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

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 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(대동맥류인조혈관치환수술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 '대동맥류인조혈관치환수술'이라 함은 <별표25>에서 정한 '대동맥류인조혈관치환수술'을 말합니다.
- 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 이루어져야 합니다.
- 제1항의 '수술'에는 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제5조(계약의 소멸)

- 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴

때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

Ⅲ. 상해 및 질병 관련 특별약관

응급실내원비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '응급환자'에 해당되어 '응급실'에 내원하여 진료 받은 경우, 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(응급실, 응급환자의 정의 및 진단확정)

- ① '응급실'이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
- ② '응급환자'라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 '응급증상 및 이에 준하는 증상' 또는 '응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상'이 있는 자를 말합니다.



[응급의료에 관한 법률]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

[응급의료에 관한 법률 시행규칙]

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조 제1호 관련)

1. 응급증상
 - 가. 신경학적 응급증상: 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
 - 나. 심혈관계 응급증상: 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
 - 다. 중독 및 대사장애: 심한 탈수, 약물·알코올 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
 - 라. 외과적 응급증상: 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
 - 마. 출혈: 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 - 바. 안과적 응급증상: 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손상
 - 사. 알러지: 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
 - 아. 소아과적 응급증상: 소아경련성 장애
 - 자. 정신과적 응급증상: 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
 - 가. 신경학적 응급증상: 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상: 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상: 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈: 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상: 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상: 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요

한 증상

사. 이물에 의한 응급증상: 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

응급실내원비(비응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '응급환자'에 해당되지는 않으나 질병 또는 상해로 인하여 '응급실'에 내원하여 진료 받은 경우, 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급 사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(응급실, 응급환자의 정의 및 진단확정)

- ① '응급실'이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
- ② '응급환자'라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 '응급증상 및 이에 준하는 증상' 또는 '응급증상 및 이에 준하는 증상'으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상'이 있는 자를 말합니다.



[응급의료에 관한 법률]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

[응급의료에 관한 법률 시행규칙]

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조 제1호 관련)

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상: 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상: 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애: 심한 탈수, 약물·알코올 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상: 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈: 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상: 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손상
- 사. 알리지: 얼굴 부종을 동반한 알리지 반응
- 아. 소아과적 응급증상: 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상: 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상: 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상: 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상: 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈: 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상: 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상: 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상: 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 '응급환자'에 해당하지 않으며, 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 '응급실'에 내원하여 진료 받은 경우에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
- ④ 회사는 '응급환자'에 해당하지 않으며, 아래의 응급실내원비에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 3. 아래에 열거된 치료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반[피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다], 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음[수면무호흡(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

환

4. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 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 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
5. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제5조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

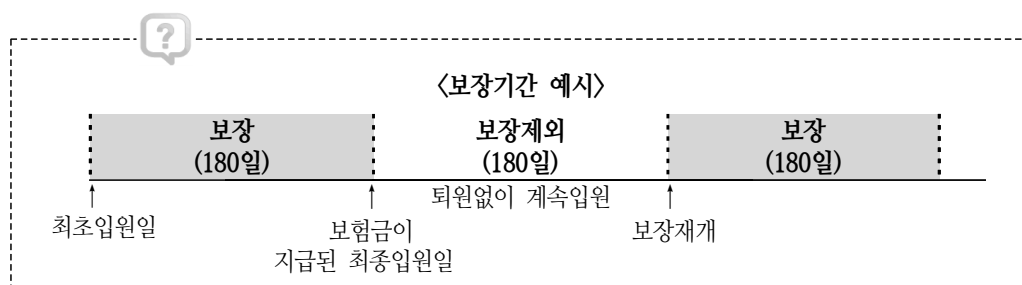
치매입원비(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제4조(치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 '치매'로 진단확정되고 그 '치매'의 직접적인 치료를 목적으로 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 치매의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 치매의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 치매에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 청약서 상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서 상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑦ 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치매의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 '치매의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원'이라 함은 의사에 의하여 치매로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 치매의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 치매의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 치매로 진단된 경우에는 이는 치매의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 '계속 입원'이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 치매로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(치매의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '치매'라 함은 <별표26> '치매 분류표'에서 정한 질병으로서 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 제1항의 '치매'의 진단확정은 '의료법' 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제7조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 계약체결 시 또는 계약체결 이후 2년 이내에 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출 하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자의 인감증명서
 5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

보험료보장(뇌졸중진단·급성심근경색증진단·80%이상후유장해) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 제2항에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌졸중으로 진단확정되었을 때
2. 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정되었을 때
3. 보험기간 중에 상해로 장해분류표에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
4. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때

② 보험금은 제1호의 일시지급금과 제2호의 분할지급금으로 구성되며 각각 지급합니다.

구 분	1년 미만 ^{주2)}	1년 이상 ^{주2)}
보험금	보험가입금액 ^{주1)} 의 50%	보험가입금액 ^{주1)} 의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 보험금 지급사유 발생 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 보험금 지급사유 발생 시를 의미합니다.

1. 일시지급금

지 급 기 준	보험금 지급사유 발생일에 지급
지 급 액	지급기준금액의 12배 × 가입경과년수

2. 분할지급금

지 급 기 준	보험금 지급사유 발생일 이후 최초 도래하는 계약해당일부터 매년 계약해당일에 '1회 지급액' 확정지급
1 회 지 급 액	지급기준금액의 12배
총 지 급 액	1회지급액 × [보험기간(년수) - 가입경과년수]

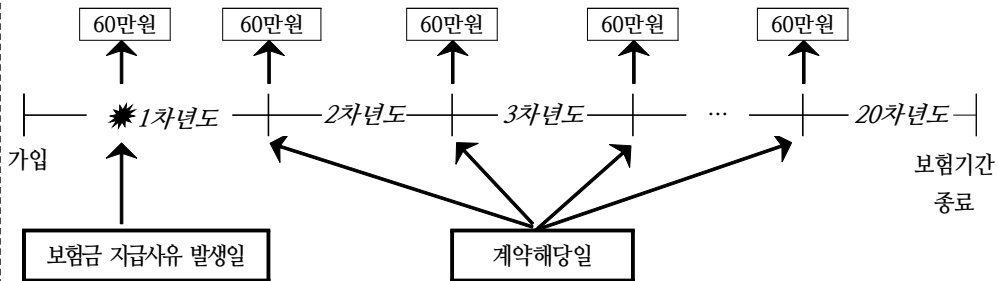
3. 제1호 및 제2호의 가입경과년수는 가입시를 1년으로 하고, 이후 계약일 기준으로 매1년이 지날 때마다 1년씩 증가하는 것으로 계산합니다.



< 보험금 지급 예시 >

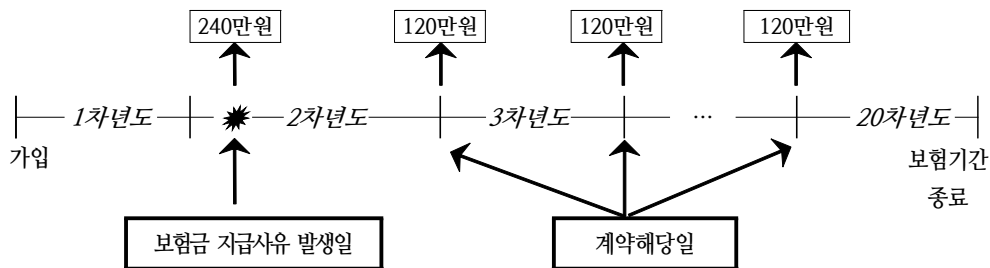
- 가입후 경과기간 1년 미만내 보험금 지급사유 발생시
 - 보험기간 : 20년 만기 / 보험가입금액 : 10만원
 - 보험시기(始期) : 2017. 3. 5
 - 보험금 지급사유 발생일 : 2017. 10. 19

구분	지급금액	
(2) 일시지급금	5만원×12×1년 =60만원	
(3) 분할지급금	(1) 1회 지급액	5만원×12 =60만원
	총 지급액 (분할지급)	(1)×(20년-1년) =1,140만원
총 지급액	(2) + (3)	60만원+1,140만원 =1,200만원



- 가입후 경과기간 1년 이후 보험금 지급사유 발생시
 - 보험기간 : 20년 만기 / 보험가입금액 : 10만원
 - 보험시기(始期) : 2017. 3. 5
 - 보험금 지급사유 발생일 : 2018. 7. 19

구분	지급금액	
(2) 일시지급금	10만원×12×2년 =240만원	
(3) 분할지급금	(1) 1회 지급액	10만원×12 =120만원
	총 지급액 (분할지급)	(1)×(20년-2년) =2,160만원
총 지급액	(2) + (3)	240만원+2,160만원 =2,400만원



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- 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 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 합산합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애가 발생한 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이전에 발생한 후유장애의 장애상태에 해당하는 장애지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이미 이 계약에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이전에 발생한 후유장애의 장애상태에 해당하는 장애지급률을 차감하여 적용합니다.
- ⑪ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 보험금에 대하여 '평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액'과 '보장부분 적용이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑫ 계약해당일이 2월 29일인 경우에는 2월 28일을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 계약해당일로 봅니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌졸중'이라 함은 <별표13> '뇌졸중 분류표'에서 정한 뇌졸중으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 <별표16> '급성심근경색증 분류표'에서 정한 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 탕글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(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 지체 없이 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 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



〈 위험변경 시 해지환급금 정산 〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제6조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 경우 회사에 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제6조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제2절 보장조항 <일반암진단비 보장> 제5조(보장의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출 방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다[단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 또는 제2호에 대한 보험금을 지급한 경우에는 지급하지 않습니다].
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제34조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제9조(중도인출금), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

IV. 실손의료비 관련 특별약관

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

1. 기본형 실손의료보험 특별약관

기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형)

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형)은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

- ② 회사는 이 약관의 명칭에 '실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임>과 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장종목	보상하는 사항											
(1)상해입원	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <table border="1" data-bbox="352 296 1184 1116"> <thead> <tr> <th data-bbox="352 296 408 333">구분</th> <th data-bbox="408 296 1184 333">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="352 333 408 547">표준형</td> <td data-bbox="408 333 1184 547"> <p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일^{주2)}부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 547 408 690">상급병실료 차액</td> <td data-bbox="408 547 1184 690"> <p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 690 408 979">선택형 II</td> <td data-bbox="408 690 1184 979"> <p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)의 90%에 해당하는 금액과 '비급여^{주1)}(본인이 실제로 부담한 금액)(상급병실료 차액은 제외합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여^{주1)}의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일^{주2)}부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 979 408 1116">상급병실료 차액</td> <td data-bbox="408 979 1184 1116"> <p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p> </td> </tr> </tbody> </table>		구분	보상금액	표준형	<p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일^{주2)}부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p>	상급병실료 차액	<p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>	선택형 II	<p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)의 90%에 해당하는 금액과 '비급여^{주1)}(본인이 실제로 부담한 금액)(상급병실료 차액은 제외합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여^{주1)}의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일^{주2)}부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p>	상급병실료 차액	<p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>
	구분	보상금액										
표준형	<p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일^{주2)}부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p>											
상급병실료 차액	<p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>											
선택형 II	<p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)의 90%에 해당하는 금액과 '비급여^{주1)}(본인이 실제로 부담한 금액)(상급병실료 차액은 제외합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여^{주1)}의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일^{주2)}부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p>											
상급병실료 차액	<p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>											
<p>주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>주2) 계약해당일이 2월 29일인 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 봅니다.</p>												
<p>② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.</p>												
<p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p>												
<p>④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경</p>												

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

보장종목	보상하는 사항																
<p>(1)상해입원</p>	<p>우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.</p> <p style="text-align: center;">〈보상기간 예시〉</p> <p>(i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">426일 (예: 5천만원 보상)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">보상제외 (90일)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">보상한도복원</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (17.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">최초 입원일 (17.3.1.)</td> <td style="text-align: center;">보상한도종료일 (18.4.30.) '18.5.1.부터 보상제외</td> <td style="text-align: center;">(18.7.29.) '18.7.30.부터 보상재개</td> </tr> </table> <p>(ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">153일 (예: 5천만원 보상)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">보상제외 (212일)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">보상한도 복원</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (17.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">최초 입원일 (17.3.1.)</td> <td style="text-align: center;">보상한도종료일 (17.7.31.) '17.8.1.부터 보상제외</td> <td style="text-align: center;">(18.2.28) '18.3.1.부터 보상재개</td> </tr> </table> <p>⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p>		426일 (예: 5천만원 보상)	보상제외 (90일)	보상한도복원	계약일 (17.1.1.)	최초 입원일 (17.3.1.)	보상한도종료일 (18.4.30.) '18.5.1.부터 보상제외	(18.7.29.) '18.7.30.부터 보상재개		153일 (예: 5천만원 보상)	보상제외 (212일)	보상한도 복원	계약일 (17.1.1.)	최초 입원일 (17.3.1.)	보상한도종료일 (17.7.31.) '17.8.1.부터 보상제외	(18.2.28) '18.3.1.부터 보상재개
		426일 (예: 5천만원 보상)	보상제외 (90일)	보상한도복원													
계약일 (17.1.1.)	최초 입원일 (17.3.1.)	보상한도종료일 (18.4.30.) '18.5.1.부터 보상제외	(18.7.29.) '18.7.30.부터 보상재개														
	153일 (예: 5천만원 보상)	보상제외 (212일)	보상한도 복원														
계약일 (17.1.1.)	최초 입원일 (17.3.1.)	보상한도종료일 (17.7.31.) '17.8.1.부터 보상제외	(18.2.28) '18.3.1.부터 보상재개														
<p>(2)상해통원</p>	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">구분</th> <th style="width: 80%;">보상한도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">외래</td> <td>방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일^{주3)}부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">처방조제비</td> <td>처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상한도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일 ^{주3)} 부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)	처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공										
구분	보상한도																
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일 ^{주3)} 부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)																
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공																

보장종목	보상하는 사항		
(2)상해통원	구분	보상한도	
	처방조제비	제금액을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 ^{※2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일 ^{※3)} 부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)	
	주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)		
	주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다. 주3) 계약해당일이 2월 29일인 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 봅니다.		
〈표1〉 항목별 공제금액			
표준형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
선택형Ⅱ	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

보장종목	보상하는 사항																	
(2)상해통원	구분	항목	공제금액															
	선택형 II 외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상 대상 의료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액															
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상 대상 의료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액															
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상 대상 의료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액															
<p>② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>〈보상기간 예시〉</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">추가보상 (180일)</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (17.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (18.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (19.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약종료일 (19.12.31.)</td> <td style="text-align: center;">보상종료일 (20.6.28.)</td> </tr> </table> </div> <p>③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원 치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.</p>				보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)		↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (17.1.1.)	계약해당일 (18.1.1.)	계약해당일 (19.1.1.)	계약종료일 (19.12.31.)	보상종료일 (20.6.28.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)															
↑	↑	↑	↑	↑														
계약일 (17.1.1.)	계약해당일 (18.1.1.)	계약해당일 (19.1.1.)	계약종료일 (19.12.31.)	보상종료일 (20.6.28.)														

보장종목	보상하는 사항														
(2)상해통원	<p>⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액[외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다]의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p>														
(3)질병입원	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <table border="1" data-bbox="354 592 1187 1412"> <thead> <tr> <th colspan="2">구분</th> <th>보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">표준형</td> <td>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</td> <td>'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일^{주2)}부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</td> </tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td> <td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">선택형 II</td> <td>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</td> <td>'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)'의 90%에 해당하는 금액과 '비급여^{주1)}(본인이 실제로 부담한 금액)(상급병실료 차액은 제외합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여^{주1)}의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일^{주2)}부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</td> </tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td> <td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>주2) 계약해당일이 2월 29일인 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 봅니다.</p> <p>② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니</p>		구분		보상금액	표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} (상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일 ^{주2)} 부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	선택형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)'의 90%에 해당하는 금액과 '비급여 ^{주1)} (본인이 실제로 부담한 금액)(상급병실료 차액은 제외합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여 ^{주1)} 의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일 ^{주2)} 부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
구분		보상금액													
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} (상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일 ^{주2)} 부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.													
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.													
선택형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)'의 90%에 해당하는 금액과 '비급여 ^{주1)} (본인이 실제로 부담한 금액)(상급병실료 차액은 제외합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여 ^{주1)} 의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일 ^{주2)} 부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.													
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.													

보장종목	보상하는 사항
(3)질병입원	<p>다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">〈보상기간 예시〉</p> <p>(i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우</p> <p style="text-align: center;">(ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우</p> </div> <p>⑤ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후</p>

보장종목	보상하는 사항												
(3)질병입원	<p>5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.</p> <p>⑨ 제8항에서 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이란 이 약관 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑩ 이 약관 제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>												
(4)질병통원	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.</p> <table border="1" data-bbox="355 615 1187 1009"> <thead> <tr> <th data-bbox="355 615 487 652">구분</th> <th data-bbox="487 615 1187 652">보상한도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="355 652 487 829">외래</td> <td data-bbox="487 652 1187 829">방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일^{주3)}부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="355 829 487 1009">처방조제비</td> <td data-bbox="487 829 1187 1009">처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일^{주3)}부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.</p> <p>주3) 계약해당일이 2월 29일인 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 봅니다.</p> <p style="text-align: center;"><표1> 항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="355 1346 1187 1639"> <thead> <tr> <th data-bbox="355 1346 411 1384">구분</th> <th data-bbox="411 1346 977 1384">항목</th> <th data-bbox="977 1346 1187 1384">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="355 1384 411 1639">표준형</td> <td data-bbox="411 1384 977 1639">외래(외래제비용 및 외래수술비 합계)</td> <td data-bbox="977 1384 1187 1639">「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상한도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일 ^{주3)} 부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)	처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일 ^{주3)} 부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)	구분	항목	공제금액	표준형	외래(외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소
구분	보상한도												
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일 ^{주3)} 부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)												
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주1)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일 ^{주3)} 부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)												
구분	항목	공제금액											
표준형	외래(외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소											

보장종목	보상하는 사항			
(4)질병통원	구분	항목	공제금액	
	표준형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
			「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액	
	선택형Ⅱ	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
			「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
			「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액	

보장종목	보상하는 사항																
(4)질병통원	<p>② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">〈보상기간 예시〉</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 25%;">추가보상 (180일)</td> </tr> <tr> <td>↑</td> <td>↑</td> <td>↑</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>계약일 (17.1.1.)</td> <td>계약해당일 (18.1.1.)</td> <td>계약해당일 (19.1.1.)</td> <td>계약종료일 (19.12.31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>보상종료일 (20.6.28.)</td> </tr> </table> </div> <p>③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>④ '하나의 질병'이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.</p> <p>⑤ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.</p> <p>⑨ 제8항에서 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이란 이 약관 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑩ 이 약관 제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	계약일 (17.1.1.)	계약해당일 (18.1.1.)	계약해당일 (19.1.1.)	계약종료일 (19.12.31.)				보상종료일 (20.6.28.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)														
↑	↑	↑	↑														
계약일 (17.1.1.)	계약해당일 (18.1.1.)	계약해당일 (19.1.1.)	계약종료일 (19.12.31.)														
			보상종료일 (20.6.28.)														

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1)상해입원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승 <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가

보장종목	보상하지 않는 사항
(1)상해입원	<p>의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(2)상해통원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(2)상해통원	<p>6. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승 <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓

보장종목	보상하지 않는 사항
(2)상해통원	<p>은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
(3)질병입원	<p>① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우 (O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

보장종목	보상하지 않는 사항
(3)질병입원	<p>7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)</p> <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성소속증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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

보장종목	보상하지 않는 사항
(3)질병입원	<p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(4)질병통원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우 (O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64) <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를

보장종목	보상하지 않는 사항
(4)질병통원	<p>제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 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 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(옹비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술

보장종목	보상하지 않는 사항
(4)질병통원	<p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>13. 「응급의료에 관한 법률」 등 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>

제4조의2(특약형 실손의료보험 특별약관에서 보상하는 사항)

- ① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형)에서 보상하지 않습니다.
 - 1. 도수치료·체외충격파치료·중식치료로 인하여 발생한 비급여의료비
 - 2. 비급여 주사료[다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다]
 - 3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
 - 4. 제1호, 제2호, 제3호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호에서 제4호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제 4 관 보험금의 지급

제5조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서[진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)]등
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서

발행한 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 포함)

4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(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 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제8조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제9조(주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(대표자의 지정)

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

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조(계약 전 알릴 의무)

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



< 계약 전 알릴 의무 이행 절차 >

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하여야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).

제12조(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 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우에 회사가 청구한 금액의 납입을 계약자가 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 대해서는 삭감하지 않습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



〈 위험변경 시 해지환급금 정산 〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 - 3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 - 4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유

했을 때

- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 서면 등으로 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.



〈 계약 전 알릴 의무 위반 사례 〉

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제15조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험료 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'(4.0%)를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회

사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제16조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.
 1. 진단계약
 2. 보험기간이 1년 미만인 계약
 3. 전문보험계약자가 체결한 계약
- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약을 철회할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 이 계약의 보험계약 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 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 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.



< 전문보험계약자 >

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

제17조(약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 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 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.



〈 통신판매계약 〉

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.



〈 약관의 중요한 내용 〉

보험업법 시행령 제42조의2(설명 의무의 중요사항등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

제18조(계약의 무효)

- ① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알

수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.
 1. 보험종목 또는 보장종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용
- ② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.
- ③ 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.



< 해지환급금 정산 >

보험기간, 납입기간 등 계약내용의 변경이 있는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >

보험가입금액, 보험료 등의 감액시에는 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

제20조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- 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 제2항의 계약해당일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.



〈 보험나이 계산 예시 〉

생년월일 : 1989년 10월 2일, 현재(계약일) : 2017년 4월 13일
 ⇒ 2017년 4월 13일 - 1989년 10월 2일
 = 27년 6월 11일 = 28세

〈 계약해당일이 존재하지 않는 경우 보험나이 계산 예시 〉

최초 계약일 : 2016년 2월 29일, 보험나이 40세
 ⇒ 2017년 2월 28일, 보험나이 41세
 ⇒ 2020년 2월 29일, 보험나이 44세

제21조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제22조(재가입)

이 계약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

제 7 관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.



〈 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.

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.



〈 납입기일 〉

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내용을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입 최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 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 제1항과 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 이루어진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음을 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하

여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 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 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%(4.0%) 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지된 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제28조[강제집행 등으로 인한 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가

7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



< 강제집행 >

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 자에 대하여, 국가의 강제권력에 의하여 그 의무이행을 실현하는 작용 또는 그 절차를 말합니다.

< 담보권실행 >

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

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

국세 및 지방세 체납처분 절차란 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 체납 시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제 8 관 계약의 해지 및 해지환급금

제29조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제33조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 다만, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 보험계약대출금과 그 이자를 상환하지 않은 경우 회사는 그 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되는 경우 회사는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ⑤ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제35조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자 부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

<p>각 계약별 비례분담액 =</p> $\frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자 부담 공제금액 중 최소액}) \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$

제36조(연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는

보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제37조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제38조(관할법원)

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

제39조(소멸시효)

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

제40조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제41조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

제42조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점의 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손

해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

- ④ 회사가 제17조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제43조(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 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 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.

제44조(준거법)

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

제45조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.



< 예금자보호제도 >

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

제 11 관 자동갱신 및 재가입에 관한 사항

제46조(계약의 자동갱신)

- ① 이 계약의 보험기간은 1년으로 합니다.
- ② 이 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 '갱신전계약'이라 합니다)과 동일한 내용으로 계약의 만기일(이하 '갱신일'이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - 1. 갱신된 계약(이하 '갱신후계약'이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - 3. 갱신전계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것



< 갱신 예시 >

40세의 피보험자가 1년 갱신으로 갱신하는 경우

⇒ 갱신 시점의 피보험자 나이 : 41세, 42세, 43세, 44세, ...

제47조(갱신후계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신평생계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신평생계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사가 정하는 14일 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 계약은 해지됩니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 갱신평생계약에 따라 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신평생계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제48조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 제46조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 보험약관은 갱신평생계약의 약관을 적용합니다. 다만, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.
- ② 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ③ 회사는 갱신평생계약 보험료에 대하여 갱신평생계약의 보험기간이 끝나기 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 안내하여 드립니다.



< 갱신보험료 예시 >

(단위 : 원)

구 분	...	40세	41세	42세	43세	...
최초가입 시 보험료	...	4,000	5,000	6,000	7,000	...
첫번째 갱신시점의 보험료	...	4,400	5,500	6,600	7,700	...
두번째 갱신시점의 보험료	...	5,100	6,300	7,600	8,900	...

주) 1. 보험료는 매년 재산출됩니다.

2. 상기 갱신보험료는 실제 보험료가 아닌 이해를 돕기 위한 예시 보험료입니다.

40세의 피보험자가 1년만기로 갱신하는 경우

⇒ 최초가입 시 납입할 갱신보험료는 가입시점의 40세 보험료인 4,000원입니다.

⇒ 첫번째 도래하는 갱신보험료는 갱신시점의 41세 보험료인 5,500원입니다.

⇒ 두번째 도래하는 갱신보험료는 갱신시점의 42세 보험료인 7,600원입니다.

1. 상기 예시와 같이 갱신 시 보험료에는 피보험자의 나이증가로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 변동분이 함께 반영이 됩니다.
2. 실손의료보험은 의료수가상승분이 보험료에 반영이 됨으로써 동일나이 기준으로 매 갱신 시의 보험료는 비약적으로 상승할 수 있습니다.

제49조(계약의 재가입에 관한 사항)

- ① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기(15년) 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음날로 재가입할 수 있습니다.
 1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
 2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 제1항에 따라 이 계약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
- ③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 그러하지 않습니다.
- ④ 회사가 제3항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

2. 특약형 실손의료보험 특별약관

비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관(갱신형)

제1조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)(갱신형)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} '도수치료·체외충격파치료·증식치료'를 받은 경우에 보상

- 주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)
- ② 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어	정의
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 ^{주)}
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위

주) 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함

- ② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 특별약관의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대)를 포함합니다

보상하는 사항

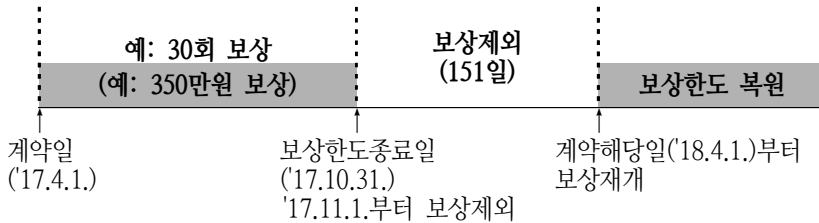
다.)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구분	보상금액
보상대상 의료비	'도수치료·체외충격파치료·증식치료'로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회 ^{주)} 까지 보상

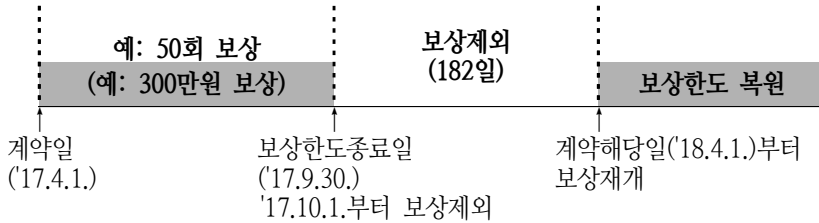
주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상합니다.

<보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우



- ② 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 이 특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ③ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 행위별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일(보험기간 종료일은 제외합니다)로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔

보상하는 사항

여 금액과 연간 보상한도(횃수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횃수를 차감한 잔여 횃수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

〈보상기간 예시〉

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑ 계약일 (18.1.1.)	↑ 계약해당일 (19.1.1.)	↑ 계약해당일 (20.1.1.)	↑ 계약종료일 (20.12.31.)
			↑ 보상종료 (21.6.29.)

⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료·체외충격파치료·중식치료 비급여 의료비를 계산합니다.

⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

⑨ 제8항에서 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이란 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

보상하지 않는 사항

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

보상하지 않는 사항

2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승
- ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)
- ④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2)비급여대상에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우

꼭
알
아
두
기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

보상하지 않는 사항

- 에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료 상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형)을 따릅니다.

비급여 주사료 실손의료보험 특별약관(갱신형)

제1조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)(갱신형)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 에 해당하는 주사료를 부담하는 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

- ② 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 주사료 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어	정의
주사료	주사치료 시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '중양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제' ^{주1)}
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품' 중 항원충제 ^{주1)}
희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품 ^{주2)}

주) 1. 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.

2. 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

- ② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 특별약관의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

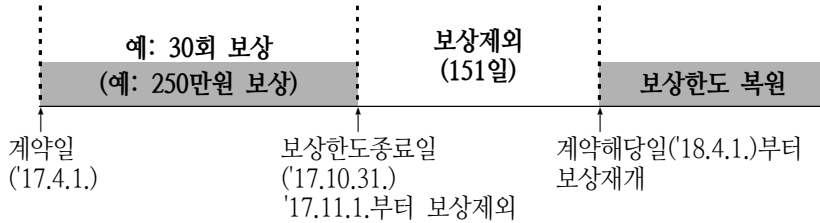
보상하는 사항
<p>① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.</p>

보상하는 사항

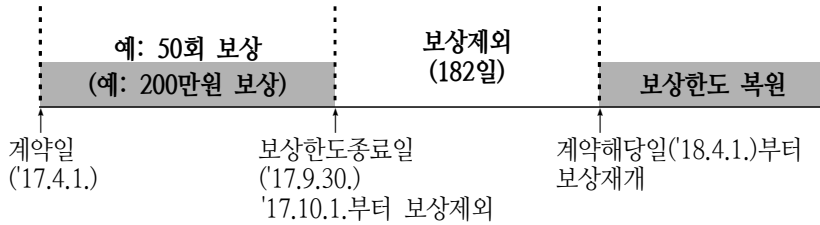
구분	보상금액
보상대상 의료비	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료
공제금액	입원·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

〈보상기간 예시〉

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 250만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 250만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우



- ② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형)에서 보상합니다.
- ③ 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ④ 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원 없이 계속 중인 입원(동일한 질병 또는 상해 치료목적으로 퇴원 당일 다른 병원으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.
- ⑤ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액을 결정하기 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ⑥ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ⑦ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.
- ⑧ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에

보상하는 사항

대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

〈보상기간 예시〉

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑ 계약일 (18.1.1.)	↑ 계약해당일 (19.1.1.)	↑ 계약해당일 (20.1.1.)	↑ 계약종료일 (20.12.31.)
			↑ 보상종료 (21.6.29.)

- ⑨ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 주사료를 계산합니다.
- ⑩ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.
- ⑪ 제10항에서 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이란 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑫ 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

보상하지 않는 사항

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경

보상하지 않는 사항

험, 사전 훈련이 필요한 동반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승
- ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 손해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)
- ④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 손해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 손해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

보상하지 않는 사항

5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방 흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시가계 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 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료 상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
12. 중식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형)을 따릅니다.

비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관(갱신형)

제1조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)(갱신형)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

- ② 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 자기공명영상진단(MRI/ MRA) 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) ^{주)} (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대 가치점수」 상의 MRI 범주에 따름)

주) 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함

- ② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 특별약관의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항	
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다	
구분	보상금액
보상대상 의료비	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 연간 300만원 한도 내에서 보상
② 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명	

보상하는 사항												
<p>영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.</p> <p>③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.</p> <p>④ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 보상금액을 차감한 잔여금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.</p>												
<p>〈보상기간 예시〉</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">추가보상 (180일)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↑ 계약일 (18.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (19.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (20.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약종료일 (20.12.31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">↑ 보상종료 (21.6.29.)</td> </tr> </table>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (18.1.1.)	↑ 계약해당일 (19.1.1.)	↑ 계약해당일 (20.1.1.)	↑ 계약종료일 (20.12.31.)				↑ 보상종료 (21.6.29.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)									
↑ 계약일 (18.1.1.)	↑ 계약해당일 (19.1.1.)	↑ 계약해당일 (20.1.1.)	↑ 계약종료일 (20.12.31.)									
			↑ 보상종료 (21.6.29.)									
<p>⑥ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)의 의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.</p> <p>⑧ 제7항에서 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이란 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑨ 기본형 실손의료보험 특별약관(갱신형) 제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>												

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

보상하지 않는 사항
<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수

보상하지 않는 사항

익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 압벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승
- ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)
- ④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, '의료법' 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 '국민건강보험법'에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비

보상하지 않는 사항

- 가. 단순한 피로 또는 권태
- 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- 5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
- 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방 흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
- 7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
- 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
- 9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료 상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
- 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
- 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험 특별약관을 따릅니다.

〈붙임〉 용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등

용어	정의
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	회사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치

용어	정의
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.

용 어	정 의
희귀의약품	<p>식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품*</p> <p>* 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.</p>
자기공명영상진단	<p>자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)</p> <p>* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 ('보건복지부'에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'상의 MRI 범주에 따름)</p>

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

V. 제도성 특별약관

갱신형특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보험증권에 기재된 갱신형 특별약관에 적용됩니다. 단, <IV. 실손의료비 관련 특별약관>은 제외합니다.

제2조(갱신형특별약관의 자동갱신)

- ① 갱신형 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
- ② 갱신형 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 갱신형 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 갱신형 특별약관(이하 '갱신전계약'이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신형 특별약관의 만기일(이하 '갱신일'이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 갱신형 특별약관(이하 '갱신후계약'이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것



< 갱신형 특별약관의 갱신 보험기간 예시 >

50세의 피보험자가 3년 갱신으로 100세까지 갱신하는 경우

⇒ 갱신시점의 피보험자 나이 : 53세, 56세, … , 95세, 98세

⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 작아 2년만기로 갱신합니다.

제3조(갱신형특별약관 보험료의 납입방법)

- ① 계약자는 갱신형 특별약관의 보험료를 보험기간 동안 계속 납입하여야 합니다.
- ② 계약자가 갱신형 특별약관의 보험료를 납입하지 않는 경우 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드리며 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.



< 갱신형 특별약관의 보험료 예시 >

(단위 : 원)

구 분	...	40세	...	43세	...	46세	...	49세	...
최초가입 시 보험료	...	4,000	...	5,000	...	6,000	...	7,000	...
첫번째 갱신시점의 보험료	...	4,400	...	5,500	...	6,600	...	7,700	...
두번째 갱신시점의 보험료	...	5,100	...	6,300	...	7,600	...	8,900	...

주) 보험료는 일정주기별료(예 : 매년) 재산출됩니다.

40세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우

⇒ 최초가입시 납입할 특약보험료는 가입시점의 40세 보험료인 4,000원입니다.

⇒ 첫번째 도래하는 갱신형 특별약관의 특약보험료는 갱신시점의 43세 보험료인 5,500원입니다.

⇒ 두번째 도래하는 갱신형 특별약관의 특약보험료는 갱신시점의 46세 보험료인 7,600원입니다.

※ 상기 예시와 같이 갱신시 보험료에는 피보험자의 나이증가로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 변동분이 함께 반영이 됩니다.

제4조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 제2조(갱신형 특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신형 특별약관이 갱신되는 경우 보험약관은 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 갱신후계약 보험료에 대하여 갱신형 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 안내하여 드립니다.

제5조(준용규정)

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

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 보험기간 중에 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않거나 해당 계약을 체결한 후 계약전 알릴의무 위반의 효과 등으로 보장이 제한될 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 회사가 정한 기준(의학적으로 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등)에 따라 직접 관련이 있는 특정 신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 보장 제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 '후유장해'라 합니다)되어 <별표2> '장해분류표'에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 1. <별표27> '특정신체부위 분류표' 중에서 회사가 지정한 부위(이하 '특정신체부위'라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. <별표28> '특정질병 분류표' 중에서 회사가 지정한 질병(이하 '특정질병'이라 합니다)
- ② 제1항의 면책기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 '1년부터 5년' 또는 '계약의 보험기간'으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 '보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안' 특정신체부위 또는 특정질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에 계약에 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 회사는 보험금을 지급합니다.
- ④ 제3항의 '보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안'이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제30조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에

서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제3항의 보험계약 청약일로 하여 제3항 및 제4항을 적용합니다.

- ⑥ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑦ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑨ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)] 및 제32조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

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

이륜자동차운전증상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
- ④ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 '이륜자동차'라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 이륜자동차(총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차)를 말합니다.
- ③ 제2항에서 '그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차'는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
- ④ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조[해지된 특약의 부활(효력회복)]

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제1절 일반조항 제31조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)] 및 제32조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

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

제1조(적용대상)

- ① 이 선지급서비스 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)을 부가하는 보통약관은 계약자와 피보험자가 동일한 계약이어야 합니다.
- ② 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ③ 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 '사망보장특별약관'이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에 이 특별약관을 적용합니다.

제2조(지급사유)

- ① 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간(이하 '여명'이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 사망보장특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리 청구인)

- ① 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제4조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경지정한 다음의 자(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)가 제7조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험금 보험수익자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.
 - 1. 보험금 청구 시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족 관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 보험금 청구 시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발생 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)

제5조(보험금을 지급하지 않는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제7조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 피보험자 또는 지정대리 청구인은 제1조(적용대상)에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(병원 또는 의원 등에서 발급한 진단서)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발생 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
 4. 피보험자의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
 5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
 6. 기타, 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원 등에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원 등은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제8조(보험금의 지급)

- ① 회사는 제7조(보험금 등 청구시 구비서류)의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.
- ② 회사는 제1항의 지급사유의 조사나 확인이 필요하다고 인정하는 경우 피보험자의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 특별약관에서 '제3의 의사'는 의료법에서 정하는 종합병원에 소속된 의사 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제9조(준용규정)

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

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때 (다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제1절 일반조항 제18조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입 일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

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

제4조(준용규정)

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

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 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정[제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정을 포함합니다]할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)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(사망보험금은 제외합니다)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 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 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

피보험자추가 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에서 정한 피보험자 외에 추가되는 자로 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(준용규정)

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

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

별 표

〈별표1〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 보장공시이율 V의 50%
		1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 보장공시이율 V를 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표2〉 장애분류표

Ⅰ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 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 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ①눈 ②귀 ③코 ④씹어먹거나 말하는 기능 ⑤외모 ⑥척추(등뼈) ⑦체간골 ⑧팔 ⑨다리 ⑩손가락 ⑪발가락 ⑫흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 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 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ①장애진단명 및 발생시기 ②장애의 내용과 그 정도 ③사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ①개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ②객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각')를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) '안구의 뚜렷한 운동장애'라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 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 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 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) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
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. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 양순음/입술소리(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) 유상치 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 후유장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 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 관련도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1, 2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추 후만증(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), 척추

후만증(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 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사[뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등]에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 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 같은 부위로 한다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 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

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애[예컨대, 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우]와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장애를 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 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우
 - 다) '뚜렷한 장애'라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) '약간의 장애'라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정

유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 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 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장해 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
 표가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 '0등급(Zero)'인 경우

나) '심한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우

다) '뚜렷한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) '약간의 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

- 7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골 내측과 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 단축 정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

장해를 남긴 때	
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 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 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뺏조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

- 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 말

한다.

- 3) '발가락뼈 일부가 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제 1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 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 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 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 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '붙임' 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 '붙임' 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 위의 정신행동장애지급률에 미치지 않는 장애는 '붙임' 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.

- ④ 전문의란 정신건강의학과나 신경과 전문의를 말한다.
 - ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정이나 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신건강의학과나 신경과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학 적 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. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
- 3) 치매
- ① '치매'라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장애로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
 - ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
- 4) 뇌전증(간질)
- ① '간질'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 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 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
 - ⑥ '경증발작'이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 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 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 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%)
옷 입고 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%)

〈별표3〉 악성 신생물 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

【유의사항】

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

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표4〉 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표5〉 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 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 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표6〉 소액암 분류표

약관에 규정하는 소액암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 자궁경부의 악성 신생물	C53
3. 자궁체부의 악성 신생물	C54
4. 전립선의 악성 신생물	C61
5. 방광의 악성 신생물	C67

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표7〉 병기구분 불가암 분류표

약관에 규정하는 병기구분 불가암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 상세불명의 인두의 악성 신생물	C14.0
2. 발다이어고리의 악성 신생물	C14.2
3. 입술,구강 및 인두의 중복병변의 악성 신생물	C14.8
4. 담도의 중복병변의 악성 신생물	C24.8
5. 상세불명의 담도의 악성 신생물	C24.9
6. 상세불명 부분의 장관의 악성 신생물	C26.0
7. 비장의 악성 신생물	C26.1
8. 소화계통의 중복병변의 악성 신생물	C26.8
9. 소화계통내의 불명확한 부위의 악성 신생물	C26.9
10. 중이의 악성 신생물	C30.1
11. 전두동의 악성 신생물	C31.2
12. 접형골동의 악성 신생물	C31.3
13. 부비동의 중복병변의 악성 신생물	C31.8
14. 상세불명의 부비동의 악성 신생물	C31.9
15. 심장의 악성 신생물	C38.0
16. 전종격의 악성 신생물	C38.1
17. 후종격의 악성 신생물	C38.2
18. 상세불명 부분의 종격의 악성 신생물	C38.3
19. 흉막의 악성 신생물	C38.4
20. 심장, 종격 및 흉막의 중복병변의 악성 신생물	C38.8
21. 머리, 얼굴 및 목의 말초신경의 악성 신생물	C47.0
22. 어깨를 포함한 팔의 말초신경의 악성 신생물	C47.1
23. 엉덩이를 포함한 다리의 말초신경의 악성 신생물	C47.2
24. 흉곽의 말초신경의 악성 신생물	C47.3
25. 복부의 말초신경의 악성 신생물	C47.4
26. 골반의 말초신경의 악성 신생물	C47.5
27. 상세불명의 몸통의 말초신경의 악성 신생물	C47.6
28. 말초신경 및 자율신경계통의 중복병변의 악성 신생물	C47.8
29. 상세불명의 말초신경 및 자율 신경계통의 악성 신생물	C47.9
30. 머리, 얼굴 및 목의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.0
31. 어깨를 포함한 팔의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.1
32. 엉덩이를 포함한 다리의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.2
33. 흉부의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.3
34. 복부의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.4
35. 골반의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.5
36. 상세불명의 몸통의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.6

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

37. 결합 및 연조직의 중복병변의 악성 신생물	C49.8
38. 상세불명의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.9
39. 넓은인대의 악성 신생물	C57.1
40. 원인대의 악성 신생물	C57.2
41. 자궁주위조직의 악성 신생물	C57.3
42. 상세불명의 자궁부속기의 악성 신생물	C57.4
43. 기타 명시된 여성생식기관의 악성 신생물	C57.7
44. 여성생식기관의 중복병변의 악성 신생물	C57.8
45. 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57.9
46. 부고환의 악성 신생물	C63.0
47. 정삭의 악성 신생물	C63.1
48. 기타 명시된 남성생식기관의 악성 신생물	C63.7
49. 남성생식기관의 중복병변의 악성 신생물	C63.8
50. 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63.9
51. 요도주위샘의 악성 신생물	C68.1
52. 비뇨기관의 중복병변의 악성 신생물	C68.8
53. 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68.9
54. 각막의 악성 신생물	C69.1
55. 망막의 악성 신생물	C69.2
56. 맥락막의 악성 신생물	C69.3
57. 섬모체의 악성 신생물	C69.4
58. 눈물샘 및 눈물관의 악성 신생물	C69.5
59. 안와의 악성 신생물	C69.6
60. 눈 및 부속기의 중복병변의 악성 신생물	C69.8
61. 상세불명의 눈의 악성 신생물	C69.9
62. 부갑상선의 악성 신생물	C75.0
63. 뇌하수체의 악성 신생물	C75.1
64. 두개인두관의 악성 신생물	C75.2
65. 송과선의 악성 신생물	C75.3
66. 경동맥소체의 악성 신생물	C75.4
67. 대동맥소체 및 기타 부신경절의 악성 신생물	C75.5
68. 상세불명의 다선성 침범의 악성 신생물	C75.8
69. 상세불명의 내분비선의 악성 신생물	C75.9
70. 머리, 얼굴 및 목의 악성 신생물	C76.0
71. 흉부의 악성 신생물	C76.1
72. 복부의 악성 신생물	C76.2
73. 골반의 악성 신생물	C76.3
74. 팔의 악성 신생물	C76.4
75. 다리의 악성 신생물	C76.5
76. 기타 불명확한 부위의 악성 신생물	C76.7
77. 기타 및 불명확한 부위의 중복병변의 악성 신생물	C76.8
78. 독립된(원발성) 여러부위의 악성 신생물	C97

79. 진성 적혈구증가증	D45
80. 골수형성이상증후군	D46
81. 고리철적혈모구가 없는 불응성 빈혈	D46.0
82. 고리철적혈모구가 있는 불응성 빈혈	D46.1
83. 모세포과잉의 불응성 빈혈	D46.2
84. 상세불명의 불응성 빈혈	D46.4
85. 다세포계 형성이상을 동반한 불응성 빈혈	D46.5
86. 고립성 5q 결실 염색체이상을 동반한 골수형성이상증후군	D46.6
87. 기타 골수형성이상증후군	D46.7
88. 상세불명의 골수형성이상증후군	D46.9
89. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
90. 골수섬유증	D47.4

- 주) 1. 상기 질병 이외에 4기암·특정암진단비 특별약관 제4조(특정암, 4기암(특정암제외)의 정의 및 진단확정)의 각호에서 정한 방법에 의하여 병기구분이 안되는 질병이 있는 경우 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표8〉 특정암 분류표

약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
2. 기관의 악성 신생물	C33
3. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
4. 흉선의 악성 신생물	C37
5. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
6. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
7. 중피종	C45
8. 카포시 육종	C46
9. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
10. 수막의 악성 신생물	C70
11. 뇌의 악성 신생물	C71
12. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
13. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
14. 만성 골수증식질환	D47.1
15. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표9〉 기관(Organ) 분류표

아래 표의 '분류번호 예시'는 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1.1. 시행)에서 명명된 각 개별기관에 발생하는 악성 신생물을 예시한 것입니다.

분류 항목		분류번호 예시
입술, 구강 및 인두	1. 입술 2. 혀(혓바닥, 혀의 기타 부위) 3. 잇몸 4. 입바닥 5. 구개 6. 입의 기타기관 및 '입술, 구강 및 인두' 내 기타 기관 7. 귀밑샘 8. 기타 주침샘 9. 편도 10. 인두(입인두, 비인두, 이상동, 하인두 포함)	C00 C01, C02 C03 C04 C05 C06, C14 C07 C08 C09 C10~C13
소화기관	11. 식도 12. 위 13. 소장 14. 직결장(직장구불결장 접합부 포함) 및 소화기관 내 기타 기관 15. 항문 및 항문관 16. 간 및 간 내 담관 17. 담낭 18. 기타 담도 부위 19. 췌장	C15 C16 C17 C18~C20, C26 * C26.1 제외 C21 C22 C23 C24 C25
호흡기 및 흉곽 내 기관	20. 비강 및 중이 21. 부비동 22. 후두 23. 기관 24. '기관지 및 폐' 및 호흡기 및 흉곽 내 기관 25. 흉선 26. 심장, 종격 및 흉막	C30 C31 C32 C33 C34, C39 C37 C38
골 및 관절 연골	27. 골 및 관절연골	C40, C41
피부	28. 피부	C43, C44
중피성 및 연조직	29. 중피, 말초신경 및 자율신경 부위, 후복막 및 복막, 기타결합 및 연조직	C45, C47~C49
유방	30. 유방	C50

꼭!
알아두기

보통
약관

특별
약관

별
표

관련
법규

분 류 항 목		분류번호 예시
여성 생식기관	31. 외음 32. 질 33. 자궁(자궁경부, 자궁체부, 기타 자궁부위) 및 여성 생식기관 내 기타 기관 34. 난소 35. 태반	C51 C52 C53~C55, C57 C56 C58
남성 생식기관	36. 음경 37. 전립선 및 남성생식기관 내 기타 기관 38. 고환	C60 C61, C63 C62
요로	39. 신장, 신우 및 비뇨기관 내 기타 기관 40. 요관 41. 방광	C64, C65, C68 C66 C67
눈, 뇌 및 중추신경계	42. 눈 및 부속기 43. 수막 44. 뇌 45. 척수, 뇌신경 및 기타 중추신경 부위	C69 C70 C71 C72
내분비선	46. 갑상선 47. 부신 48. 기타 내분비선	C73 C74 C75
비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	49. 비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	C81~C96, C26.1, D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5

- 주) 1. 상기 '분류번호 예시'에 해당되지 않은 암의 경우[C46(카포시육종), C76~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물), C97(독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물)], 회사는 암으로 진단확정된 '기관(Organ)'을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 '기관(Organ)'에 있는 각 개별 '기관(Organ)'으로 분류합니다.
2. 상기 '분류번호 예시' 중 C44, C73에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.
3. 인체 내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(Organ) (예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 '기관(Organ)'으로 분류합니다.
4. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서, 상기 '분류번호 예시' 이외에 개별 '기관(Organ)'에 해당하는 분류번호가 있는 경우에는 그 분류번호도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표10〉 고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	
- 수막의 악성 신생물	C70
- 뇌의 악성 신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙T/NK - 세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK - 세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표11〉 유방암으로 인한 유방수술 분류표

유방암으로 인한 유방수술이란 유방의 악성 신생물(C50)로 인한 유방수술로서 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다[국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)이 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다].

대 상 의 료 행 위	분류번호
1. 유방절개술	85.0
2. 유방 조직의 절제 또는 파괴	85.2
3. 축소 유방성형술 및 피부밑 유방절제술	85.3
4. 유방절제술	85.4
5. 확대 유방성형술	85.5
6. 유방고정술	85.6
7. 유방의 전체 재건	85.7
8. 유방의 기타 수복 및 성형술	85.8
9. 유방의 기타 수술	85.9
※ 단, 아래 의료 행위는 제외	
- 유방의 흡인	* 85.91 제외
- 유방내 치료약물의 주입	* 85.92 제외

- 주) 1. '유방암'이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 유방의 악성 신생물(C50)에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 추가로 '유방의 악성 신생물'에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표12〉 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표13〉 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표14〉 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표15〉 허혈심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-09호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성허혈심장병	I25

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 합니다.

〈별표16〉 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표17〉 14대질병 분류표

약관에 규정하는 14대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목		분류번호
당뇨병	1. 당뇨병 질환 - 1형 당뇨병 - 2형 당뇨병 - 영양실조 관련 당뇨병 - 기타명시된 당뇨병 - 상세불명의 당뇨병 - 당뇨병성 단일신경병증 - 당뇨병성 다발신경병증 - 당뇨병성 백내장 - 당뇨병성 망막병증 - 당뇨병성 관절병증 - 당뇨병에서의사구체장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
심장질환	2. 급성 류마티스열 3. 만성 류마티스심장질환 4. 허혈심장질환 5. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 6. 기타 형태의 심장병 ↳(수막구균성 심장병) ↳(칸디다심내막염)	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52 ↳(A39.5) ↳(B37.6)
고혈압	7. 고혈압 질환 - 본태성(원발성) 고혈압 - 고혈압성 심장병 - 고혈압성 신장병 - 고혈압성 심장 및 신장병 - 이차성 고혈압 - 고혈압성 뇌병증 - 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.02
뇌혈관질환	8. 뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	9. 바이러스 감염 10. 간의 질환 ↳(거대세포바이러스간염) ↳(톡소포자충 감염)	B15~B19 K70~K77 ↳(B25.1) ↳(B58.1)
위·십이지장궤양	11. 위궤양 12. 십이지장궤양 13. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27

분류 항목		분류번호	
갑상선질환	14. 갑상선의 장애 ↳(갑상선이상성 안구돌출)	E00~E07 ↳(H06.2)	
	15. 처치후 갑상선기능저하증	E89.0	
	16. 방사선조사후 갑상선기능저하증	E89.0	
	17. 수술후 갑상선기능저하증	E89.0	
동맥경화증	18. 죽상경화증	I70	
만성 하부호흡기질환	19. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40	
	20. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41	
	21. 상세불명의 만성 기관지염	J42	
	22. 천식	J45	
	23. 천식지속 상태	J46	
폐렴	24. 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12	
	25. 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13	
	26. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14	
	27. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15	
	28. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16	
	29. 달리 분류된 질환에서의 폐렴 ↳(거대세포바이러스폐렴) ↳(폐렴이 합병된 홍역) ↳(수두폐렴) ↳(폐톡소포자충증)	J17 ↳(B25.0) ↳(B05.2) ↳(B01.2) ↳(B58.3)	
	30. 상세불명 병원체의 폐렴	J18	
	31. 재향군인병	A48.1	
	32. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2	
	백내장	37. 노년백내장	H25
38. 기타 백내장		H26	
39. 수정체의 기타장애		H27	
녹내장	40. 녹내장	H40	
	41. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42	
결핵	42. 결핵 ↳(결핵 관절염) ↳(척추의 결핵) ↳(뼈의 결핵) ↳(결핵성 방광염) ↳(자궁경부의 결핵감염) ↳(여성 결핵성 골반염증질환) ↳(결핵성 복막염) ↳(장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애)	A15~A19 ↳(M01.1) ↳(M49.0) ↳(M90.0) ↳(N33.0) ↳(N74.0) ↳(N74.1) ↳(K67.3) ↳(K93.0)	
	43. 결핵의 후유증	B90	
	신부전	44. 신부전	N17~N19

- 주) 1. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다
(자세한 내용은 '한국표준질병·사인분류'를 참고).
2. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표18〉 20대질병 분류표

약관에 규정하는 20대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목		분류번호
당뇨병	1. 당뇨병 질환 - 1형 당뇨병 - 2형 당뇨병 - 영양실조 관련 당뇨병 - 기타명시된 당뇨병 - 상세불명의 당뇨병 - 당뇨병성 단일신경병증 - 당뇨병성 다발신경병증 - 당뇨병성 백내장 - 당뇨병성 망막병증 - 당뇨병성 관절병증 - 당뇨병에서의사구체장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
심장질환	2. 급성 류마티스 열 3. 만성 류마티스 심장 질환 4. 허혈심장질환 5. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 6. 기타 형태의 심장병 ↳(수막구균성 심장병) ↳(칸디다심내막염)	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52 ↳(A39.5) ↳(B37.6)
고혈압	7. 고혈압 질환 - 본태성(원발성) 고혈압 - 고혈압성 심장병 - 고혈압성 신장병 - 고혈압성 심장 및 신장병 - 이차성 고혈압 - 고혈압성 뇌병증 - 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.02
뇌혈관질환	8. 뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	9. 바이러스 감염 10. 간의 질환 ↳(거대세포바이러스간염) ↳(톡소포자충 감염)	B15~B19 K70~K77 ↳(B25.1) ↳(B58.1)
위·십이지장 궤양	11. 위궤양 12. 십이지장궤양 13. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

분류 항목		분류번호
갑상선질환	14. 갑상선의 장애 ↳(갑상선이상성 안구돌출)	E00~E07 ↳(H06.2)
	15. 치료후 갑상선기능저하증	E89.0
	16. 방사선조사후 갑상선기능저하증	E89.0
	17. 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
동맥경화증	18. 죽상경화증	I70
만성 하부호흡기질환	19. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	20. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	21. 상세불명의 만성 기관지염	J42
	22. 천식	J45
	23. 천식지속 상태	J46
폐렴	24. 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	25. 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	26. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	27. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	28. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	29. 달리 분류된 질환에서의 폐렴 ↳(거대세포바이러스폐렴) ↳(폐렴이 합병된 홍역) ↳(수두폐렴) ↳(폐독소포자충증)	J17 ↳(B25.0) ↳(B05.2) ↳(B01.2) ↳(B58.3)
	30. 상세불명 병원체의 폐렴	J18
	31. 재향균인병	A48.1
	32. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	관절염	33. 감염성 관절병증
34. 염증성 다발관절병증 ↳(류마티스폐질환)		M05~M14 ↳(J99.0)
35. 관절증		M15~M19
36. 기타 관절 장애		M20~M25
백내장	37. 노년백내장	H25
	38. 기타 백내장	H26
	39. 수정체의 기타장애	H27
녹내장	40. 녹내장	H40
	41. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

분 류 항 목		분류번호
결핵	42. 결핵 ↳(결핵 관절염) ↳(척추의 결핵) ↳(뼈의 결핵) ↳(결핵성 방광염) ↳(자궁경부의 결핵감염) ↳(여성 결핵성 골반염증질환) ↳(결핵성 복막염) ↳(장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애)	A15~A19 ↳(M01.1) ↳(M49.0) ↳(M90.0) ↳(N33.0) ↳(N74.0) ↳(N74.1) ↳(K67.3) ↳(K93.0)
	43. 결핵의 후유증	B90
신부전	44. 신부전	N17~N19
생식기질환	45. 남성생식기의 질환 (남성불임 제외) ↳(편모충성 전립선염) ↳(전립선의 결핵) ↳(기타 남성생식기관의 결핵) ↳(볼거리고환염)	N40~N45, N47~N51 ↳(A59.01) ↳(A18.13) ↳(A18.14) ↳(B26.0)
	46. 여성골반내 기관의 염증성 질환 ↳(자궁경부의 결핵) ↳(결핵성 여성골반염증질환)	N70~N77 ↳(A18.15) ↳(A18.16)
	47. 여성생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
	48. 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
담석증	49. 담석증	K80
사타구니 탈장	50. 사타구니탈장	K40
편도염	51. 편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	52. 만성 부비동염	J32

- 주) 1. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다 (자세한 내용은 '한국표준질병·사인분류'를 참고).
2. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표19〉 남성특정비뇨기계질환 분류표

약관에 규정하는 남성특정비뇨기계질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목		분류번호
사구체질환	1. 급성 신염 증후군	N00
	2. 급속 진행성 신염 증후군	N01
	3. 재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	4. 만성 신염 증후군	N03
	5. 신증후군	N04
	6. 상세불명의 신염 증후군	N05
	7. 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립성 단백뇨	N06
	8. 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	9. 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
세뇨관-간질 질환	10. 급성 세뇨관-간질신장염	N10
	11. 만성 세뇨관-간질신장염	N11
	12. 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	13. 폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	14. 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	15. 기타 신세뇨관-간질 질환	N15
	16. 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질 장애	N16
신부전	17. 급성 신부전	N17
	18. 만성 신장병	N18
	19. 상세불명의 신부전	N19
신장 및 요관의 기타장애	20. 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	21. 상세불명의 신장 위축	N26
	22. 원인미상의 작은 신장	N27
	23. 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	24. 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨계통의 기타질환	25. 방광염	N30
	26. 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31
	27. 방광의 기타 장애	N32
	28. 달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	29. 달리 분류된 질환에서의 요도 장애	N37
	30. 비뇨기계통의 기타 장애	N39

분류 항목		분류번호
남성 생식기관의 질환	31. 음낭수종 및 정액류	N43
	32. 고환의 염전	N44
	33. 고환염 및 부고환염	N45
	34. 달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애	N49
	35. 남성 생식기관의 기타 장애	N50
	36. 달리 분류된 질환에서의 남성 생식기관의 장애	N51
	↳(편모충성 전립선염)	↳(A59.01)
↳(전립선의 결핵)	↳(A18.13)	
↳(기타 남성 생식기관의 결핵)	↳(A18.14)	
↳(볼거리고환염)	↳(B26.0)	

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표20〉 말기신부전증
(End Stage Renal Failure)

말기신부전증이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(한국표준질병·사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전 요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

〈별표21〉 말기간경화

(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기간질환(경화)이라 함은 만성 말기간경화를 의미하며 다음 중 한 가지 이상의 증상이 나타나야 합니다.
 - 가. 통제가 불가능한 복수증
 - 나. 영구적인 황달
 - 다. 위나 식도벽의 정맥류
 - 라. 간성 뇌증
2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
3. 말기간경화의 진단 확정은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부 컴퓨터 단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

꼭!
알아
두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표22〉 말기폐질환

(End Stage Lung Disease)

- 말기폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
- 말기폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
• 인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
↳(거대세포바이러스폐렴)	↳(B25.0)
↳(폐렴이 합병된 홍역)	↳(B05.2)
↳(수두폐렴)	↳(B01.2)
↳(폐톡소포자충증)	↳(B58.3)
• 기타 급성 하기도감염	J20~J22
• 만성 하부호흡기질환	J40~J47
• 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
• 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80~J84
• 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
• 흉막의 기타 질환	J90~J94
• 호흡계통의 기타 질환	J95~J99
↳(류마티스폐질환)	↳(M05.1)

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- 상기 '1.~2.'에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
 - '1.'의 '가.~나.'의 특징을 모두 보이나 '2.'에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
 - '2.'에서 정한 질병에 해당하지만 '1.'의 '가.~나.'의 특징을 모두 보이지 않는 경우

〈별표23〉 관상동맥우회술

(Coronary Artery Bypass Graft 또는 CABG)

1. 관상동맥(심장동맥)우회술이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
2. 관상동맥확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter) 및 레이저 시술이나 개흉술을 동반하지 않은 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반제술(Rotational Atherectomy)
3. '1.'의 관상동맥우회술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 시술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

꼭!
알아두기

보
통약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표24〉 심장판막수술
(Heart Valve Surgery)

1. 심장판막수술이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우입니다.
 - 가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여주는 수술
 - 나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

2. 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
 - 가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
예) 경피(피부를 통한)적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
 - 나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

〈별표25〉 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

1. 대동맥류인조혈관치환수술이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 수술을 말합니다. 여기에서 '대동맥'이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
2. 그러나 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
예) 경피(피부를 통한)적혈관내 대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

꼭!
알아
두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

〈별표26〉 치매 분류표

'치매로 진단확정되다'는 것은 다음의 '1.'과 '2.'에 모두 해당되는 '치매'임을 의사의 자격을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦) 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 '1.'에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

여기서 '치매'란 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

〈별표27〉 특정신체부위 분류표

특정신체부위
<ul style="list-style-type: none"> • 위, 십이지장 • 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함) • 대장(맹장, 직장 제외) • 직장 • 항문 • 간 • 담낭(쓸개) 및 담관 • 췌장 • 비장 • 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함) • 코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁)] 포함] • 인두 및 후두(편도 포함) • 식도 • 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘) • 귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함] • 안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함] • 신장 • 부신 • 요관, 방광 및 요도 • 음경 • 질 및 외음부 • 전립선 • 유방(유선 포함) • 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함] • 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함) • 난소 및 난관 • 고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭 • 갑상선 • 부갑상선 • 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함) • 피부(두피 및 입술 포함) • 경추부(해당신경 포함) • 흉추부(해당신경 포함) • 요추부(해당신경 포함) • 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함) • 왼쪽 어깨 • 오른쪽 어깨 • 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

- 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
- 왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
- 오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
- 왼쪽 고관절
- 오른쪽 고관절
- 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
- 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
- 왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
- 오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
- 상·하악골(위·아래턱뼈)
- 쇄골
- 늑골(갈비뼈)

〈별표28〉 특정질병 분류표

특정질병	
항목명 및 분류코드 [제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 기준]	
담석증	• 담석증(K80)
요로결석증	• 요로결석증(N20~N23)
연골증,관절증, 관절염	• 감염성 관절병증(M00~M03) • 염증성 다발관절병증(M05~M14) • 관절증(M15~M19) • 기타 관절 장애(M20~M25) • 기타 골연골병증(M93) • 연골의 기타 장애(M94)
척추질환	• 등병증(M40~M54)
자궁근종	• 자궁의 평활근종(D25)
결핵	• 결핵(A15~A19) • 결핵의 후유증(B90)
골반염	• 기타 여성골반염증질환(N73) • 달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애(N74)
하지정맥류	• 하지의 정맥류(I83)

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

참 고 : 관 련 법 규

아래의 법령조항은 2016년 12월 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙]

제9조(비급여대상)

- ① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)

- 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 단순한 피로 또는 권태
나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
라. 단순 코골음
마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환
사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
- 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. <삭제>
라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
- 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

- 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전악(全顎) 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
- 라. 불소국소도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하의 치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
- 마. 멸미 예방, 금연 등을 위한 진료
- 바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사
- 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
- 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
- 4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
 - 가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 3인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용. 다만, 상급종합병원의 상급병상 중 1인실 병상을 이용하는 경우에는 입원료를 포함한 입원실 이용비용 전액(다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다)
 - (1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.
 - (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관과 같은 항 제3호에 따른 병원급 의료기관(종합병원 및 상급종합병원은 제외하되, 「의료법」 제3조의5에 따라 지정된 산부인과 전문병원은 포함한다): 일반병상을 총 병상의 50퍼센트 이상 확보할 것
 - (나) 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원(상급종합병원을 포함하되, 「의료법」 제3조의5에 따라 지정된 산부인과 전문병원은 제외한다): 일반병상을 총 병상의 70퍼센트 이상 확보할 것
 - (2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우
 - 나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용
 - (1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
 - (2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「암관리

- 법 제22조에 따라 완화의료전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제24조에 따라 완화의료 입원진료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 완화의료 입원실의 입원료 중 5인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
- 다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.
- 라. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용
- 마. 친자확인을 위한 진단
- 바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상 노인의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.
- 사. 및 아. 삭제
- 자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
- 차. 삭제
- 카. 「의료법」 제46조에 따른 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용
- 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
- 파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용
- 하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안정성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다.) 다만, 제11조제8항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
- 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제8항제2호에 따른 제한적 의료기술
- 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위
- 더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. 삭제
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 아목, 제4호너목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
- 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·너목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호너목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
 - 나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[응급의료에 관한 법률]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급 의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

[응급의료에 관한 법률 시행규칙]

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

- 1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
- 2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상

- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
 - 사. 알리지 : 얼굴 부종을 동반한 알리지 반응
 - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
 - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

[의료법]

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임부(妊婦)·해산부(解産婦)·산욕부(産褥婦) 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 상병자(傷病者)나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료 보조 및 대통령령으로 정하는 보건활동을 임무로 한다.

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 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

[자동차관리법 시행규칙]

제2조(자동차의 종별 구분)

「자동차관리법」(이하 "법"이라 한다) 법 제3조 제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

[별표 1]

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형
승용자동차	배기량이1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1600cc 미만으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것
승합자동차	배기량이1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 15인 이하인 것으로서 길이 4.7미터· 너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것
화물자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하인 것으로서, 총중량이 3.5톤 이하인 것
특수자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것
이륜자동차	배기량이 50cc 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량(기타형에만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것

종류	중형	대형
승용자동차	배기량이 1600cc 이상 2000cc 미만이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2000cc 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과 하는 것
승합자동차	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하여 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상 이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하여 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260cc(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸 화물형	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
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의, 헌혈, 구급, 보도, 캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장, 사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난, 견인할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수 작업용인 것
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주, 오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg 이하인 것

※ 비고

- 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 화물자동차: 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
 - 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화

- 물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
- 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실 내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
 - 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
- 나. 이륜자동차(법 제3조 제1항 제5호)의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차": 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차를 포함한다.
- 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 - 2) 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
- 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, "환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률" 제2조 제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
 - 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
 - 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

[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 나타내는 데 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 공인인증역무를 제공하는 업무를 말한다.
10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증역무를 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.

꼭!
알아두기

보
통
약
관

특
별
약
관

별
표

관
련
법
규

M E M O

M E M O

M E M O