

장기_상품약관_2017-0058

무배당
알파Plus보장보험1707

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내

1. 금융서비스 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정 · 유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장 · 인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 ‘본인정보’)를 제휴 · 부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 ‘마케팅’) 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴 · 부가서비스 및 신상품 · 서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 마케팅 목적으로 이용 · 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법

전화 : 1566-7711

홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절 · 중지하는 경우에는 그 거절 · 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭 · 주소 · 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조사회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법

전화 : 1566-7711

홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

- 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다. 단, 마케팅의 동의철회는 즉시 가능합니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법

전화 : 1566-7711

홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 본인정보를 신용조사회사들을 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조사회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처

NICE신용평가정보(주) : 02-2122-4000, <http://www.nice.co.kr>

SCI평가정보(주) : 02-3445-5000, <http://www.sci.co.kr>

코리아크레딧뷰로(주) : 02-708-6000, <http://www.kcb4u.com>

바. 개인신용정보의 삭제 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조의3에

따라 보험거래종료 후 5년 경과한 경우 본인의 개인신용정보를 삭제요구 하실 수 있습니다.

* 보험거래종료일은 1)보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2)보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.

* 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우, 보험금 지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

- 신청방법

전화 : 1566-7711

홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

3. 개인신용정보 유출시 피해 보상

고객은 당사의 귀책사유로 인한 본인정보 유출로 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

4. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- 연락처

· 당사 개인신용정보담당자 : 02-3786-2551

서울시 강남구 강남대로 382

· 손해보험협회 개인신용정보 보호담당자 : 02-3702-8500

서울 종로구 종로5길 68, 6층

· 금융감독원 개인신용정보 보호담당자 : 금융민원센터 1332

서울 영등포구 여의대로 38

메리츠금융그룹 고객정보 취급방침

메리츠금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객 여러분께 깊은 감사를 드립니다.

메리츠금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

■ 금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

- ① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 “금융거래정보”라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보(이하 “개인신용정보”라 한다)를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 “고객정보제공절차”라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 제공할 수 있는 정보의 범위
 2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
 3. 고객정보의 분리 보관
 4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
 5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
 6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- ② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 “증권총액정보등”이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 예탁한 금전의 총액
 2. 예탁한 증권의 총액
 3. 예탁한 증권의 종류별 총액
 4. 채무증권의 종류별 총액
 5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의

종류별 총액

6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 메리츠금융그룹은 메리츠금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할 지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

1. 제공되는 고객정보의 종류

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보
 - 가. 특정 신용정보주체를 식별할 수 있는 정보 : 생존하는 개인의 성명, 주소, 주민등록번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 성별, 국적 및 직업 등
 - 나. 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보 : 대출, 보증, 담보제공, 당좌거래(가계당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여와 금융거래 등 상거래와 관련하여 그 거래의 종류, 기간, 금액 및 한도 등에 관한 사항
 - 다. 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보 : 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연체, 부도, 대위변제, 대지급과 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위와 관련된 금액 및 발생·해소의 시기 등에 관한 사항
 - 라. 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보 : 개인의 직업·재산·채무·소득의 총액 및 납세실적
 - 마. 그 밖에 정보 : 법원 또는 공공기관의 재판·결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록 관련 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매하고자 하는

- 위탁자가 위탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보
- 가. 위탁한 금전의 총액
 - 나. 위탁한 증권의 총액
 - 다. 위탁한 증권의 종류별 총액
 - 라. 채무증권의 종류별 총액
 - 마. 수익증권으로서 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
 - 바. 위탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 고객정보의 제공처

메리츠금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 메리츠금융지주회사, 메리츠화재, 메리츠종금증권, 메리츠캐피탈, 메리츠자산운용, 메리츠금융서비스, 메리츠부동산자산운용입니다.

III. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

메리츠금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

- ① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영 관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
- ② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.
- ③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
- ④ 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.(단, 금융지주회사감독규정에서 정한 고객정보관리인의 승인 의무를 적용받지 않는 사항은 제외)
- ⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄 관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.
- ⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정시 2

개 이상의 일간지 에 공고하고, 각 영업점(본점 해당 부서 포함) 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.

- ⑦ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.
- ⑧ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격·침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

메리츠금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

메리츠금융그룹

메리츠금융지주	고객정보관리인
메리츠화재	고객정보관리인
메리츠종금증권	고객정보관리인
메리츠캐피탈	고객정보관리인
메리츠자산운용	고객정보관리인
메리츠금융서비스	고객정보관리인
메리츠부동산자산운용	고객정보관리인

보험금 지급절차 안내장

■ 보험금 청구 관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금 청구서류는 「보험금 청구서류 안내장」을 참조하기 바랍니다.

■ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 메리츠화재보험회사에 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정 되며 SMS를 통해 담당자 성명과 연락처가 통보됩니다.
- 서류발송 전 문의사항 및 보상담당 부서, 담당자 연락처 등은 당사 고객센터(TEL: 1566-7711)로 문의하시기 바랍니다.
(상담가능시간: 09시~18시)

[보험금 지급절차]



■ 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 대해 인가받은 업체)
- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 **메리츠화재보험회사**가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담합니다.

■ 의료심사

- 상해 · 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며 이 경우 비용은 메리츠화재보험회사가 부담합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 **비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급**할 수 있습니다.
- 비례보상과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 **청구 관련 구비서류 제출을 대행**드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 **개인정보 활용에 동의**하셔야 합니다.

■ 보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소로 **보험금지급안내문**이 발송 됩니다.
- 메리츠화재보험회사 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하시면 **계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역**을 **확인**하실 수 있습니다. (공인인증서가 있는 경우에만 홈페이지를 통한 확인이 가능합니다)

■ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 **3차 의료기관에서 진단을 요청**드리며 병원 진단전에 보상담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

■ 보험금 청구 소멸시효

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

■ 재심사 청구

- 메리츠화재보험회사의 **보험금 불지급 결정** 및 **보험금 결정액에 동의** 하시지 않는 경우 메리츠화재보험회사 소비자보호센터로 통보하시면 **재심사**를 받으실 수 있습니다.
 - ✓ 인터넷 접수: 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청
 - ✓ 우편 접수: 서울시 영등포구 국제금융로 2길 11
메리츠화재 소비자보호센터
 - ✓ 전화 상담: 1566-7711(ARS 5번 → 재심사청구문의)

안내말씀

귀하께서는 저희 메리츠화재해상보험(주)와 보험계약을 체결하셨습니다.

현대 사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

유의사항

특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 보장됩니다.

보험품질보증제 시행

저희 회사에서는 보험계약시 청약서 자필서명, 약관 및 청약서 부분전달, 상품의 주요내용 설명을 이행하지 아니하였을 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 이의를 제기하시고 그 사실이 인정되면 납입하신 보험료와 청약일로부터 실제 지급일까지의 경과기간에 대한 보험계약대출이율을 더한 금액을 환불하여 드립니다.

보험관련 민원상담 및 분쟁조정 안내

보험계약, 보상 관련 및 보험금 지급 등에 관하여 불만사항이 있으실 경우, 저희 회사에 이의를 제기하여 주시면, 신속하고 정확하게 처리하도록 하겠습니다. 감사합니다.

*전화 : 메리츠화재 민원상담 02-6464-3535(3522)

*홈페이지 : www.meritzfire.com > 초기화면 > 인터넷 고객센터 > 인터넷 민원(접수)



보험 주요 민원 사례



알릴 의무

P씨는 대수롭지 않은 치료라는 생각으로 가입 전 병원 진료에 대해 알리지 않고 가입하였다가 추후 보상시 면책 안내되어 불만 제기

유의 사항

계약전 알릴의무는 상법 제 651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 임의 판단으로 누락시에는 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

자필서명 미이행

A씨는 지인인 B설계사의 설명을 듣고 남편을 피보험자로 하여 보험가입을 원했으나 남편 설득이 여의치 않자 A씨가 피보험자 서명을 대필하여 보험가입하였고 추후 보상시 문제가 될 수 있다는 내용을 인지하고 불만 제기

유의 사항

피보험자의 서면동의를 받지 않으면 보상시 불이익이 있을 수 있으므로, 반드시 피보험자의 동의를 받으셔야 합니다.

주요설명 미이행

P씨는 갱신 담보 보험료 인상에 대한 설명을 듣지 못했는데 과도하게 인상됐다고 불만 제기

유의 사항

갱신허특약의 보험료는 갱신도래시 연령증가, 손해율, 의료수가 상승 등에 따라 일반적으로 증가 할 수 있습니다. 가입 전 고객님의 안내드리는 가입설계서 상의 갱신허특약 예상보험료는 가입시점 기준으로 고객님의 이해를 돕기위한 자료임으로 가입전 참고해 주시기 바랍니다.



계약 유지

K씨는 설계사에게 피보험자 변경을 해달라고 말해놓고 잊고 있었다가 추후 누락된 사실을 인지하고 불만 제기

유의 사항

계약의 변경은 반드시 서면으로 요청하셔야 하며, 변경 내용에 대해 증권 또는 배서승인서 등을 통해 확인하셔야 합니다.



K씨는 직업이 변경되어 보험사에 통지하였으나 직업의 위험도가 변경되어 현재 계약의 보험료 및 담보가 변경됨을 안내받고 불만 제기

유의 사항

표준약관(상해보험 계약 후 알릴의무)에 근거하여 직업 급수(위험도)에 따라 보험료의 증액을 청구하거나 계약의 해지 등 가입조건이 변경될 수 있습니다.

민원사례를 꼼꼼히 읽고
유의사항을 명심하세요~!



목 차

가입자 유의사항	1
주요내용 요약서	5
보험용어 해설	11

무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의	15
제1조(목적)	15
제2조(용어의 정의)	15
제2관 보험금의 지급	17
제3조(보험금의 지급사유)	17
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	17
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	18
제6조(보험금 지급사유의 통지)	19
제7조(보험금의 청구)	19
제8조(보험금의 지급절차)	19
제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항)	21
제10조(만기환급금의 지급)	22
제11조(보험금 받는 방법의 변경)	22
제12조(주소변경통지)	23
제13조(보험수익자의 지정)	23
제14조(대표자의 지정)	23
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	23
제15조(계약 전 알릴 의무)	23
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)	24
제17조(알릴 의무 위반의 효과)	25
제18조(사기에 의한 계약)	26
제4관 보험계약의 성립과 유지	27
제19조(보험계약의 성립)	27
제20조(청약의 철회)	27
제21조(약관교부 및 설명의무 등)	28
제22조(계약의 무효)	29
제23조(계약내용의 변경 등)	30

제24조(보험나이 등)	31
제25조(계약의 소멸)	31
제5관 보험료의 납입	32
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	32
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	33
제28조(보험료의 자동대출납입)	33
제29조(「보험료납입 일시중지제도」에 따른 보험료 대체납입)	34
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 계약의 해지)	34
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활 (효력회복))	35
제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	35
제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	37
제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	37
제34조(중대사유로 인한 해지)	37
제35조(회사의 파산선고와 해지)	37
제36조(해지환급금)	37
제37조(보험계약대출)	38
제38조(배당금의 지급)	38
제39조(중도인출)	38
제7관 분쟁의 조정 등	39
제40조(분쟁의 조정)	39
제41조(관할법원)	39
제42조(소멸시효)	39
제43조(약관의 해석)	39
제44조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	40
제45조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	40
제46조(회사의 손해배상책임)	41
제47조(개인정보보호)	41
제48조(준거법)	41
제49조(예금보험에 의한 지급보장)	41

무배당 알파Plus보장보험1707 특별약관

I . 상해 관련 특별약관	45
1. 일반상해사망보장 특별약관	45
2. 일반상해사망고도후유장해보장 특별약관	47
3. 운전자용 교통상해사망보장 특별약관	50
4. 비운전자용 교통상해사망보장 특별약관	53
5. 운전자용 교통상해후유장해보장 특별약관	56
6. 비운전자용 교통상해후유장해보장 특별약관	60
7. 일반상해80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관	64
8. 일반상해50%이상후유장해 생활자금보장 특별약관	67
9. 화상진단비보장 특별약관	70
10. 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관	71
11. 화상수술비보장 특별약관	73
12. 골절수술비보장 특별약관	75
13. 운전자용 교통상해 골절진단비보장 특별약관	77
14. 비운전자용 교통상해 골절진단비보장 특별약관	79
15. 운전자용 교통상해 골절수술비보장 특별약관	81
16. 비운전자용 교통상해 골절수술비보장 특별약관	84
17. 중증화상및부식진단비보장 특별약관	87
18. 중대한특정상해수술비보장 특별약관	89
19. 상해흉터복원수술비보장 특별약관	92
20. 상해수술비보장 특별약관	95
21. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	98
22. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일이상) 보장 특별약관	100
22-1. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관	104
23. 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	106
24. 운전자용 자동차사고부상치료비보장 특별약관	109
25. 비운전자용 자동차사고부상치료비보장 특별약관	112
26. 강력범죄피해(일상생활중)보장 특별약관	114
27. 안전사고피해치료비보장 특별약관 (폭력치료비, 유괴·인신매매피해치료비)	116
28. 일반상해입원일당(수술입원 추가)보장 특별약관	119
29. 5대골절진단비보장 특별약관	124
30. 5대골절수술비보장 특별약관	125
31. 자동차사고 성형수술비보장 특별약관	127
32. 갱신형 일반상해사망고도후유장해보장 특별약관	129
33. 대중교통이용중 교통상해사망보장 특별약관	132
34. 자전거탑승중 상해사망보장 특별약관	134

35. 일반상해고도후유장해보장 특별약관	136
36. 일반상해50%이상후유장해보장 특별약관	138
37. 대중교통이용중 교통상해후유장해보장 특별약관	140
38. 자전거탑승중 상해후유장해보장 특별약관	143
39. 운전자용 자동차사고입원일당(1~11급/1일이상)보장 특별약관	146
40. 비운전자용 자동차사고입원일당(1~11급/1일이상)보장 특별약관	149
41. 일반상해후유장해(20%이상)보장 특별약관	152
42. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	154
43. 일반상해후유장해보장 특별약관	156
44. 상해장애(1~3급)진단비보장 특별약관	158
45. 상해수술비(4일이상 입원수술)보장 특별약관	161
46. 상해장애(1~2급)진단비보장 특별약관	165
47. 운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관	168
48. 비운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관	170

II. 질병 관련 특별약관	172
1. 질병사망·고도후유장해보장 특별약관	172
2. 질병사망보장 특별약관	175
3. 질병80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관	177
4. 질병특정고도장해 생활자금보장 특별약관	180
5. 암사망·고도후유장해보장 특별약관	186
6. 암진단비보장 특별약관	192
7. 뇌졸중진단비보장 특별약관	198
8. 급성심근경색증진단비보장 특별약관	201
9. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관	204
10. 양성뇌종양진단비보장 특별약관	208
11. 말기폐질환진단비보장 특별약관	211
12. 말기간경화진단비보장 특별약관	213
13. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관	215
14. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	218
15. 암직접치료입원일당(4일이상)보장 특별약관	222
16. 7대질병수술비보장 특별약관	228
17. 18대질병수술비보장 특별약관	231
18. 여성골다공증수술비보장 특별약관	234
19. 충수염수술비보장 특별약관	237

20. 특정전염병진단비보장 특별약관	240
21. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관	242
22. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관	246
23. 식중독입원일당보장 특별약관	249
24. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	252
24-1. 갱신형 질병입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관	257
25. 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	261
26. 7대질병입원일당보장 특별약관	266
27. 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관	269
28. 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관	275
29. 항암방사선약물치료비보장 특별약관	280
30. 암진단비(소액암제외)보장 특별약관	285
31. 이차암진단비보장 특별약관	291
32. 질병수술비보장 특별약관	296
33. 질병입원일당(수술입원 추가)보장 특별약관	300
34. 질병 50%이상후유장해보장 특별약관	307
35. 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관	310
36. 중증암진단비보장 특별약관	313
37. 뇌출혈진단비보장 특별약관	320
38. 부인과질병수술비보장 특별약관	322
39. 갱신형 질병사망보장 특별약관	325
40. 질병고도후유장해보장 특별약관	327
41. 질병특정고도장해보장 특별약관	330
42. 말기신부전증진단비보장 특별약관	333
43. 남성특정비뇨기계질환입원일당보장 특별약관	335
44. 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관	338
45. 간질환입원일당(1일이상)보장 특별약관	341
46. 간질환수술비보장 특별약관	344
47. 특정희귀난치성질환입원일당보장 특별약관	347
48. 특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관	350
49. 30대질병수술비보장 특별약관	353
50. 16대특정암진단비보장 특별약관	357
51. 관절염·생식기질환수술비보장 특별약관	361
52. 치핵수술비보장 특별약관	364
53. 갱신형 암진단비보장 특별약관	367
54. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관	373
55. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관	376
56. 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	379
57. 갱신형 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관	383

58. 갱신형 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관	389
59. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관	395
60. 갱신형 암직접치료입원일당(4일이상)보장 특별약관	401
61. 갱신형 질병수술비보장 특별약관	407
62. 암직접치료입원일당(1일이상)보장 특별약관	411
63. 갱신형 암직접치료입원일당(1일이상)보장 특별약관	417
64. 2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	423
65. 2대질병수술비보장 특별약관	427
66. 질병장애(1~2급)진단비보장 특별약관	431
67. 질병장애(1~3급)진단비보장 특별약관	435
68. 질병장애(4~6급)진단비보장 특별약관	439
69. 결핵진단비보장 특별약관	443
70. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장 특별약관	445
71. 질병수술비(4일이상 입원수술)보장 특별약관	447
72. 재진단암진단비보장 특별약관	452
73. 다발경화증진단비보장 특별약관	460
74. 갱신형 재진단암진단비보장 특별약관	462

III. 상해 및 질병 관련 특별약관 471

1. 5대장기이식수술비보장 특별약관	471
2. 유방절제수술비보장 특별약관	474
3. 인공관절수술비보장 특별약관	477
4. 각막이식수술비보장 특별약관	480
5. 김스치료비보장 특별약관	483
6. 장기요양급여금(1~4등급)보장 특별약관	485
7. 장기요양급여금(1~2등급)보장 특별약관	489
8. 장기요양급여금(1등급)보장 특별약관	493
9. 중증치매간병비보장 특별약관	497
10. 고도후유장해 생활자금보장 특별약관	501
11. 응급실내원비보장 특별약관	505
12. 보험료납입지원(고도후유장해 및 3대질병진단) 보장 특별약관	511

IV. 비용손해 관련 특별약관 518

1. 자가용운전자용 벌금보장 특별약관	518
2. 영업용운전자용 벌금보장 특별약관	521
3. 자가용운전자용 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관	524
4. 영업용운전자용 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관	528
5. 자가용운전자용 교통사고 처리지원금보장 특별약관	532

6. 영업용운전자용 교통사고 처리지원금보장 특별약관	538
7. 자가용운전자용 중상해 교통사고 처리지원금보장 특별약관	544
8. 영업용운전자용 중상해 교통사고 처리지원금보장 특별약관	550
9. 영업용운전자용 면허정지보장 특별약관	556
10. 영업용운전자용 면허취소보장 특별약관	559
11. 가족과실치사상벌금보장 특별약관	561
12. 의료사고법률비용보장 특별약관	565
13. 화재벌금보장 특별약관	567
14. 민사소송법률비용보장 특별약관	569
15. 임대차보증금 법률비용보장 특별약관	576
16. 부동산소유권 법률비용보장 특별약관	583
17. 행정소송법률비용보장 특별약관	590
18. 자가용운전자용 중상해제외 교통사고 처리지원금 보장 특별약관	597
19. 영업용운전자용 중상해제외 교통사고 처리지원금 보장 특별약관	603

V. 재물손해 관련 특별약관	609
재물손해 관련 특별약관 일반조항	609
1. 화재손해보장 특별약관	617
2. 도난손해보장 특별약관	622
3. 6대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	625

VI. 배상책임 관련 특별약관	628
배상책임 관련 특별약관 일반조항	628
1. 갱신형 자녀배상책임(Ⅱ)보장 특별약관	637
2. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관	640
3. 갱신형 자녀배상책임(Ⅱ)(주택내 화재 및 폭발 제외) 보장 특별약관	644
4. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ) (주택내 화재 및 폭발 제외)보장 특별약관	647
5. 화재(폭발포함)배상책임보장 특별약관	651

VII. 별표	654
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제5항, 제10조 제3항 및 제36조 제2항 관련)	654
【별표2】 장애분류표	656
【별표3】 질병특정고도장해 판정기준	677
【별표4】 악성신생물(암) 분류표	685

【별표5】 제자리신생물 분류표	686
【별표6】 행동양식 불명 또는 이상의 신생물 분류표	687
【별표7】 뇌졸중대상질병 분류표	688
【별표8】 급성심근경색증대상질병 분류표	689
【별표9】 5대고액치료비암 분류표	690
【별표10】 말기폐질환(End Stage Lung Disease)	691
【별표11】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis) ..	693
【별표12】 만성당뇨합병증 분류표	694
【별표13】 화상 분류표	695
【별표14】 골절(치아파절 제외) 분류표	696
【별표15】 중대한 특정상해 분류표	697
【별표16】 유방절제수술 분류표	698
【별표17】 7대질병 분류표	699
【별표18】 총수염(맹장염) 분류표	701
【별표19】 특정전염병 분류표	702
【별표20】 호흡기관련질병 분류표	703
【별표21】 식중독 분류표	704
【별표22】 골절 분류표	705
【별표23】 자동차사고 부상 등급표	706
【별표24】 기관(organ)분류표	721
【별표25】 18대질병 분류표	724
【별표26】 여성골다공증 분류표	727
【별표27】 치매 분류표	728
【별표28】 5대골절분류표	729
【별표29】 희귀난치성 7대질환 분류표	730
【별표30】 특정암 분류표	731
【별표31】 병기구분 불가암 분류표	732
【별표32】 뇌출혈 분류표	735
【별표33】 부인과질병 분류표	736
【별표34】 화재(폭발포함)배상책임의 부상급별 지급보험금표	737
【별표35】 화재(폭발포함)배상책임의 후유장해급별 지급보험금표	744
【별표36】 남성특정비뇨기계질환 분류표	752
【별표37】 간질환 분류표	754
【별표38】 특정희귀난치성질환 분류표	755
【별표39】 30대질병 분류표	760
【별표40】 16대특정암 분류표	763
【별표41】 소송목적의 값에 따른 변호사비용	765

【별표42】 민사소송 등 인지법에 정한 인지액	766
【별표43】 송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)	766
【별표44】 송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송)	766
【별표45】 관절염·생식기질환 분류표	767
【별표46】 치핵 분류표	768
【별표47】 장애인의 장애등급표	769
【별표48】 장애인의 종류 및 기준	786
【별표49】 장애등급 판정시기	788
【별표50】 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급	790
【별표51】 결핵분류표	791
【별표52】 억제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표	792
【별표53】 특정부위·질병 분류표	793
- 【별표53-1】 특정부위 분류표	793
- 【별표53-2】 특정질병 분류표	795

무배당 갱신형 실손의료비보장 특별약관1707

가입자 유의사항	803
주요내용 요약서	806
보험용어 해설	811
제1관 일반사항 및 용어의 정의	813
제1조(보장종목)	813
제2조(용어의 정의)	813
제2관 회사가 보상하는 사항	813
제3조(보장종목별 보상내용)	813
제3관 회사가 보상하지 않는 사항	829
제4조(보상하지 않는 사항)	829
제4조의2(추가특별약관에서 보상하는 사항)	840
제4관 보험금의 지급	840
제5조(보험금 지급사유 발생의 통지)	840
제6조(보험금의 청구)	840
제7조(보험금의 지급절차)	841
제8조(보험금을 받는 방법의 변경)	842
제9조(주소변경의 통지)	843

제10조(대표자의 지정)	843
제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	843
제11조(계약 전 알릴 의무)	843
제12조(상해보험계약 후 알릴 의무)	844
제13조(알릴 의무 위반의 효과)	845
제14조(사기에 의한 계약)	847
제6관 보험계약의 성립과 유지	847
제15조(보험계약의 성립)	847
제16조(청약의 철회)	847
제17조(약관교부 및 설명의무 등)	848
제18조(계약의 무효)	850
제19조(계약내용의 변경 등)	850
제20조(보험나이 등)	851
제21조(계약의 소멸)	851
제22조(특별약관의 자동갱신)	851
제23조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	852
제24조(자동갱신 적용)	852
제25조(재가입)	852
제7관 보험료의 납입	853
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	853
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	854
제28조(보험료의 자동대출납입)	854
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 계약의 해지)	855
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	856
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	856
제8관 계약의 해지 및 해지환급금 등	857
제32조(계약자의 임의해지)	857
제33조(중대사유로 인한 해지)	857
제34조(회사의 파산선고와 해지)	858
제35조(해지환급금)	858
제36조(보험계약대출)	858

제37조(배당금의 지급)	859
제9관 다수보험의 처리 등	859
제38조(다수보험의 처리)	859
제39조(연대책임)	859
제10관 분쟁의 조정 등	859
제40조(분쟁의 조정)	859
제41조(관할법원)	860
제42조(소멸시효)	860
제43조(약관의 해석)	860
제44조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	860
제45조(회사의 손해배상책임)	860
제46조(개인정보보호)	861
제47조(준거법)	861
제48조(예금보험에 의한 지급보장)	861

무배당 갱신형 실손의료비보장 추가 특별약관1707

1. 갱신형 비급여 도수치료·체외충격파치료· 증식치료 실손의료비보장 추가특별약관	865
2. 갱신형 비급여 주사료 실손의료비보장 추가특별약관	872
3. 갱신형 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비보장 추가특별약관	880
<붙임1> 용어의 정의	887
<붙임2> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	892

기타 제도성 특별약관

1. 자동갱신 특별약관	895
2. 피보험자추가 특별약관	898
3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	899
4. 이론자동차 운전중 상해 부보장 특별약관	902
5. 사망보험금 양육연금전환 특별약관	905
6. 전자서명 특별약관	909
7. 지정대리청구서비스 특별약관	911

8. 보험료 자동납입 특별약관	913
9. 특별조건부(할증보험료법) 특별약관	914

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 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 암보장개시일, 5대고액치료비암보장개시일, 16대특정암보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 재물 및 배상책임 관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에

계 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 3년만기 (단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료 보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다) 까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간】

40세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험료율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립부분 적립이율([보장]공시이율)의 변동, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 특정질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정질병 진단일이 계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

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

- ① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 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.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(재물보장 관련)

계약을 체결할 때 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였거나, 사고의 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 않았을 경우에는 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날

의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 계약의 무효(배상책임보장 관련)

계약을 체결할 때 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

7. 계약의 소멸(신체보장 관련)

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

8. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 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)

9. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험

자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

10. 중도인출

- 보장개시일부터 2년이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연 4회에 한하여 중도인출을 할 수 있습니다.
- 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.
- 중도인출금을 지급받은 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

11. 보험료납입 일시중지제도

계약자는 계약일부터 3년이 지난 이후부터 회사가 정한 방법에 따라 보험료납입의 일시중지를 신청할 수 있습니다. 이 경우 보험료 납입중지기간 동안에는 기본보험료(기본계약 보장보험료 및 적립보험료, 특별약관 보험료)를 납입하지 않을 수 있으며, 보험료는 적립부분 책임준비금에서 대체납입됩니다. 단, 납입중지기간은 해당 납입기일에 적립부분 해약환급금에서 납입일시중지 대체보험료 전액의 대체납입이 가능한 기간 이내로 합니다.

12. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우 등에는 회사에 알려야 합니다.
 - 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험의 목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
- ※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

13. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등 적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

14. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

15. 보험금의 지급(재산손해 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 7일 이내에 보험금을 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

16. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

1) 기본보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액

① 보장보험료

계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료

② 적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

2) 적립부분 순보험료

적립보험료에서 부가보험료를 공제한 후의 금액

3) 납입일시중지 대체보험료

계약자가 보험료납입 일시중지제도에 따라 납입일시중지를 신청한 경우 납입일시중지기간동안 적립부분 책임준비금에서 대체되는 금액으로서 해당 기간의 위험보험료와 부가보험료(계약관리비용(기타비용) 제외)의 합계액

① 위험보험료

1)-①의 보장보험료에서 부가보험료를 제외한 금액

② 부가보험료

회사 운영에 필요한 계약체결비용, 계약관리비용과
보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성

③ 계약관리비용(기타비용)

부가보험료의 일부로서 보험료의 수금에 필요한
경비

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사
유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하
는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준
일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이
되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이
등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가
보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라
보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자
가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔
금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금
액

무배당 알파Plus보장보험1707
보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약 관련 용어

- ㉠ 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- ㉡ 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- ㉢ 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- ㉤ 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- ㉥ 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

- ㉦ 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.
- ㉧ 신체: 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
- ㉨ 장애: 【별표2(장애분류표)】에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- ㉩ 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

- ㉪ 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을

다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

㉔ 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 3.0%입니다.

㉕ 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

㉖ 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

㉗ 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, '토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

㉘ 기본보험료 : 계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

㉙ 보장보험료 : 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

㉚ 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

㉛ 납입일시중지 대체보험료 : 계약자가 제29조(「보험료납입 일시중지제도」에 따른 보험료 대체납입) 제1항에 따른 납입일시중지를 신청한 경우 납입일시중지기간동안 적립부분 책임준비금에서 대체되는 금액으로서 해당 기간의 위험보험료와 부가보험료(계약관리비용(기타비용) 제외) 및 특별약관이 부가된 경우 특별약관 보험료(계약관리비용(기타비용) 제외)의 합계액을 말합니다.

㉜ 위험보험료 : ㉙에서 정한 보장보험료에서 부가보험료를 제외한 금액을 말합니다.

㉝ 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 계약체결비용, 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성

㉞ 계약관리비용(기타비용) : 부가보험료의 일부로서 보험료의 수금에 필요한 경비를 말합니다.

【보험료】

보험료는 계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 「보장보험료」와 「적립보험료」로 구성되어 있습니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료, 회사

가 적립한 금액을 돌려주기 위한 적립부분 순보험료와 부가보험료(회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약 관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비)로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

보장보험료 = 위험보험료 + 부가보험료

적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 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 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 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 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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), 산후

기. 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 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 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, 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

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한

때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 따라 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 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

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 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한

이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결 비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 [보장]공시이율로 합니다.

② [보장]공시이율은 매월 마지막 날(다만, 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 직전의 영업일로 함) 이전에 산출하며, 그 다음달에 한하여 적용합니다.

③ 회사는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 고려하여 산출된 공시기준이율에 조정률을 반영하여 [보장]공시이율을 결정합니다.

④ [보장]공시이율의 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

⑤ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 [보장]공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

⑥ 회사는 사업연도가 끝나는 날을 기준으로 1년이상 유지된 계약에 대하여 계약자에게 연1회이상 [보장]공시이율의 변경내역을 통지합니다.

⑦ 세부적인 [보장]공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한 「[보장]공시이율 적용에 관한 세부지침」을 따릅니다.

【적립부분 적립이율】

적립부분 책임준비금 계산시 적립부분 순보험료에 대한 이자를 계산할 때 적용하는 이율을 말합니다.

【[보장]공시이율】

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

【운용자산이익률】

직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업 비용 등을 고려하여 산출

【외부지표금리】

국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

【최저보증이율】

회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 [보장]공시이율에 따라 적립되며 [보장]공시이율이 0.1%인 경우, 적립금은 [보장]공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

제10조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금(「보험료납입 일시중지제도」에 의해 납입일시중지 대체보험료가 있는 경우 및 중도인출이 있는 경우에는 납입일시중지 대체보험료 및 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 따른 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따른 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.
- ④ 보험료 납입기간 중에 제2조(용어의 정의)에서 정한 적립보험료를 감액하거나 중도인출을 하는 경우 또는 「보험료 납입 일시중지제도」를 신청하는 경우 제1항의 만기환급금은 가입시점의 예상금액보다 감소할 수 있습니다.

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 복

리로 할인한 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 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 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 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.

제3관 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)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약할 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

③ 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금

액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야 할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

【책임준비금】

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

④ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 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 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑤ 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 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 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 제1항 제1호에 따른 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 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

⑧ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제18조(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 성립

되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내 (사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(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%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.

제20조(청약의 철회)

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

【전문보험계약자】

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

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

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.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

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

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계

약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

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

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

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

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 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 계약일 경우

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

제22조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 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 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 전

부 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(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.

제23조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이

상 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.

제24조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2017년 4월 14일
⇒ 2017년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 28년 6월 12일 = 29세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

예시) 계약일 : 2016년 10월 1일 → 계약해당일 : 10월 1일
계약일 : 2016년 2월 29일 → 계약해당일 : 2월 말일

제25조(계약의 소멸)

① 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금(「보험료납입 일시중지제도」에 따라 납입일시중지 대체보험료가 있는 경우 또는 중도인출이 있는 경우에는 납입일시중지 대체보험료 및 중도인출 원금과 이자를 차감하

고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 「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.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제17조(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.

제27조(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.

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 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 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(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 자동대출납입전 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 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자

문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(「보험료납입 일시중지제도」에 따른 보험료 대체납입)

- ① 계약자는 계약일부터 3년이 지난 이후부터 회사가 정한 방법에 따라 보험료납입의 일시중지(이하「납입일시중지」라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이 경우 보험료의 납입이 중지된 기간(이하「납입중지기간」이라 합니다)동안 기본보험료를 납입하지 않을 수 있습니다.
- ② 납입중지기간은 해당 납입기일에 적립부분 해지환급금에서 납입일시중지 대체보험료 전액의 대체납입이 가능한 기간 이내로 합니다. 단, 납입중지기간 중 납입일시중지 대체보험료 전액의 대체납입이 불가능할 경우 그때부터 납입중지기간은 종료되며, 계약자는 보험료 납입기일까지 해당 기본보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 회사는 납입중지기간 중 최종 납입일시중지 대체보험료 대체일부터 15일 이내에 계약자에게 보험료 납입을 안내하고, 계약자는 최종 납입일시중지 대체보험료 대체후 도래하는 납입기일까지 기본보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 회사는 납입중지기간 동안의 계약유지를 위해 해당 납입기일에 납입일시중지 대체보험료를 적립부분 해지환급금 범위 내에서 대체납입합니다.

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)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 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 납입하

지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 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.

제31조(보험료의 납입을 연체하여 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 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(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 제23조(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.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제22조(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 해지환급금이 있을 때에는 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, 이미 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 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금

지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

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 제2항에도 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.

제39조(중도인출)

① 계약자는 보장개시일부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연4회에 한하여 중도인출 할 수 있습니다.

② 제1항의 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

【보험연도】

당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2017년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년을 말합니다.

【중도인출금의 한도 예시】

계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우 중도인출 가능액은 80만원(100만원의 80%)이며, 보험계약대출금(원금과 이자의 합계가 30만원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 50만원(80만원-30만원)입니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제40조(분쟁의 조정)

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

제41조(관할법원)

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

제42조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2017년 4월 1일에 발생하였음에도 2020년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제43조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하

여야 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.

제44조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제45조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경 내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력

을 가지지 않습니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 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.

제47조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 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.

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

무배당 알파Plus보장보험1707
특별약관

Ⅰ. 상해 관련 특별약관

1. 일반상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「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.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장 보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

2. 일반상해사망고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.
- ② 보험기간 중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「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.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 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 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사는 하나의 상해로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

3. 운전자용 교통상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하「교통상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)
3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)「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.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

4. 비운전자용 교통상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고(이하 「자동차 비운전중 교통사고」라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「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.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 - 2. 조산원
 - 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금

을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제
10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니
다.

5. 운전자용 교통상해후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)로 【별표 2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.
 - ㉠ 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고
 - ㉡ 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
 - ㉢ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고
- ② 보험기간 중에 교통상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)
3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대

하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

6. 비운전자용 교통상해후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고(이하 「자동차 비운전중 교통사고」라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)로 【별표 2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.
- ㉠ 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ㉡ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고
- ② 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베

- 이터 및 에스컬레이터, 모노레일
- ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
- ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우

에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

7. 일반상해80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 일반상해 80%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생 해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해로 80%이상 후유장해시	보험가입금액을 매월 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2017년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2017년 2월 28일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표 2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 일반상해80% 이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장 보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

8. 일반상해50%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 일반상해50%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해로 50%이상 후유장해시	보험가입금액을 매월 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2017년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2017년 2월 28일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 일반상해50% 이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장 보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

9. 화상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 【별표13(화상분류표)】에서 정하는 화상으로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 【별표13(화상분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 사고로 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

10. 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표 14(골절(치아파절 제외)분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절 제외)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해로 2가지 이상의 골절(치아파절 제외) 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는

「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

11. 화상수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 【별표13(화상분류표)】에서 정하는 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 【별표13(화상분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 매 사고시마다 화상수술비를 지급합니다. 다만, 하나의 상해로 두 종류 이상의 화상 수술을 받을 경우에는 한 종류의 화상수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
 - ② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

12. 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 매 사고시마다 골절수술비를 지급합니다. 다만, 하나의 상해로 두 종류 이상의 골절 수술을 받을 경우에는 한 종류의 골절수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

13. 운전자용 교통상해 골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)로 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절진단비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타

교통수단으로 보지 않습니다)

3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 교통상해 로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험 1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

14. 비운전자용 교통상해 골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)로 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정 시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절진단비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 자동차 비운전중 교통상해로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급함

니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험 1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

15. 운전자용 교통상해 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)로 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절수술비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계

(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기
타교통수단으로 보지 않습니다)

3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 매 사고시마다 골절수술비를 지급합니다. 다만, 하나의 교통상해로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 한 종류의 골절수술비만을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동

등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[3] 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

16. 비운전자용 교통상해 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)로 【별표22(골절분류표)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절수술비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 매 사고시마다 골절수술비를 지급합니다. 다만, 하나의 자동차 비운전중 교통상해로 두 종류 이상의 골절

수술을 받은 경우에는 한 종류의 골절수술비만을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

17. 중증화상및부식진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 중증화상및부식으로 진단확정시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상및부식진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(중증화상및부식진단의 정의 및 진단확정)

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

② 「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중증화상및부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 면허를 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 면허를 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상및부식진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

18. 중대한특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 「뇌손상」 또는 「내장손상」을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 사고로 중대한특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(중대한특정상해수술 보장의 정의 및 진단 확정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표15(중대한특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표15(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은

「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」로 보지 않습니다.

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

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

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

④ 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

⑤ 제4항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑥ 제4항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험 1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

19. 상해흉터복원수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우에는 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

구분	안면부	상지·하지
상해흉터복원 수술비	수술 1Cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3Cm이상의 경우에 한합니다.)

주) 길이측정이 불가능한 식피술등의 경우 수술Cm는 최장직경으로 합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는

「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

20. 상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 상해수술비는 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술비를 지급하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

21. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

22. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 상해입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제4항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

③ 제2항의 간병인이라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다.

④ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】

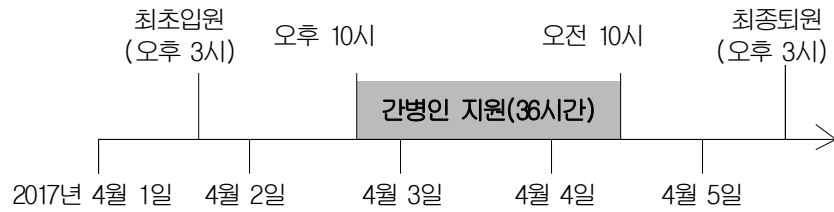
침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 일반상해입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】



- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간병인 사용일수 : 2일 (36시간)
- 상해입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 상해입원일당 또는 간병인을 계속 보상합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서 (회사 양식)
- ② 사고증명서 (진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사

는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항 이외에 회사의 사정으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 갱신형 일반상해입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관으로 변경하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

22-1. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관

- * 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일 이상)보장 특별약관 제6조 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

23. 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 일반상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해중환자실입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[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 말

한다.

- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 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 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

24. 운전자용 자동차사고부상치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상 등급표)】의 상해등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

(보험가입금액 600만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	600만원
2급~4급	300만원
5급	150만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	20만원
12급~14급	10만원

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다.)
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다.)
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다.)

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

25. 비운전자용 자동차사고부상치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상 등급표)】에서 정한 상해등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

(보험가입금액 600만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	600만원
2급~4급	300만원
5급	150만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	20만원
12급~14급	10만원

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다.)
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다.)

【용어풀이】

자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 의료비

용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

26. 강력범죄피해(일상생활중)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 일상생활 중에서 아래에 정한 강력범죄사고로 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 보험수익자에게 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄피해보험금으로 지급합니다.

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

② 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 - 2. 조산원
 - 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해

【폭력행위 등 처벌에 관한 법률 제4조 (단체등의 구성·활동)】

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로한 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 자는 다음의 구별에 의하여 처벌한다.

1. 수괴는 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다
2. 간부는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다
3. 그외의 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다

② 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해

③ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해

④ 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때 생긴 손해

⑤ 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제4조(보험금의 청구)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.

① 경찰서사건신고확인원(관할경찰서장 발행)

② 의사 진단서 등

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

27. 안전사고피해치료비보장 특별약관 (폭력치료비, 유괴·인신매매피해치료비)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 피보험자가 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액의 25%를 폭력치료비로 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.
- ② 피보험자가 약취와 유인의 죄(형법 제31장 제287조, 제288조, 제289조, 제290조, 제291조)에 의해 피해자가 된 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴·인신매매피해치료비로 지급합니다.

【형법 제287조(미성년자의 약취, 유인)】

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

【형법 제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)】

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

【형법 제289조(인신매매)】

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

【형법 제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)】

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

【형법 제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)】

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우에는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 생긴 손해
- ② 피보험자의 친족에 의한 사고
- ③ 피보험자가 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중

【폭력행위 등 처벌에 관한 법률 제4조(단체등의 구성·활동)】

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로한 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 자는 다음의 구별에 의하여 처벌한다.

1. 수괴는 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다
2. 간부는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다
3. 그외의 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우에는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 생긴 손해와 피보험자가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명이 된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

28. 일반상해입원일당(수술입원 추가)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

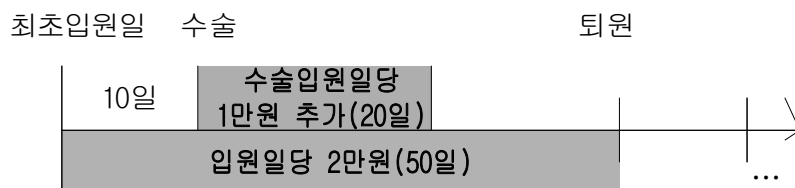
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래의 사유가 발생한 때에는 아래의 금액을 일반상해입원일당(수술입원 추가)으로 지급합니다.

- ① 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받은 경우 입원일당(이하 「입원일당」이라 합니다)을 지급합니다.
- ② 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 입원하여 같은 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우 수술입원일당(이하 「수술입원일당」이라 합니다)을 제1항의 「입원일당」에 더하여 지급합니다.

구분	입원시「입원일당」지급	입원중 수술시 「수술입원일당」추가지급
A형	1일당 1만원	1일당 1만원
B형	1일당 2만원	1일당 1만원
C형	1일당 3만원	1일당 2만원

【일반상해입원일당(수술입원 추가) 지급액 [예시]】

- B형가입, 최초입원 10일경과 후 수술, 총입원일수 50일

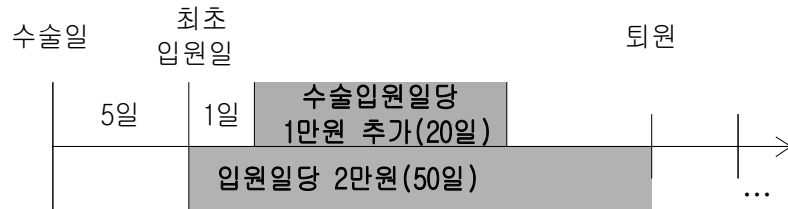


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 최초입원일부터 180일을 최고 한도로 하며, 수술입원일당의 지급일수는 1회 입원당 최초수술일부터 20일을 최고 한도로 합니다. 다만, 수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우 1회 입원당 2일째 입원일부터 20일을 최고 한도로 합니다.

【수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우[예시]】

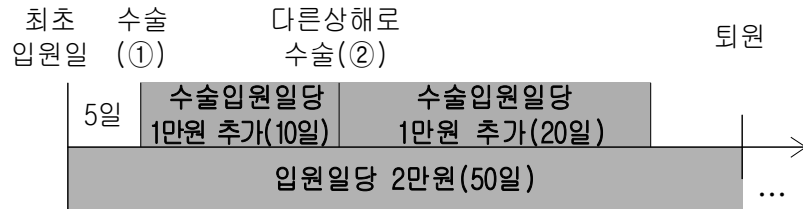
- B형가입, 수술하고 5일 경과 후 동일한 상해치료를 위해 입원, 총입원일수 50일



② 수술입원일당 지급기간 중 다른 상해를 입고 그 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우 수술입원일당의 지급일수는 그 날을 최초수술일로 보아 20일을 최고 한도로 합니다.

【수술입원일당 지급기간 중 다른 상해로 수술한 경우[예시]】

- B형가입, 최초입원 5일경과 후 수술(①), 수술(①) 후 10일경과 후 다른 상해를 입고 수술(②), 총입원일수 50일



③ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당(수술입원 추가)를 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(수술입원 추가)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 상해 관련 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, 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 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에 대하여 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보

조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

29. 5대골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표28(5대골절분류표)】에서 정하는 5대골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

30. 5대골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표34(5대골절분류표)】에서 정하는 5대골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 매 사고시마다 5대골절수술비를 지급합니다. 다만, 하나의 상해로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받을 경우에는 한 종류의 5대골절수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

31. 자동차사고 성형수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 사고」라 합니다)의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일부터 1년이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 보험수익자에게 100만원을 자동차사고 성형수술비로 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ② 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ③ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

32. 갱신형 일반상해사망고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.
- ② 보험기간 중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「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.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사

가 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 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 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사는 하나의 상해로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험 1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

33. 대중교통이용중 교통상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 승객으로서 대중교통이용중 교통상해(보험기간 중에 대중교통이용 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「대중교통이용중 교통사고」라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하「대중교통이용중 교통상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

- ㉠ 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
- ㉡ 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
- ㉢ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

② 제1항의 대중교통이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.

- ① 여객수송용 항공기
- ② 여객수송용 지하철/전철, 기차
- ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
- ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
- ⑤ 여객수송용 선박

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「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.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

34. 자전거탑승중 상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자전거탑승중 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자전거탑승중 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「자전거탑승중 상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자전거」라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제17항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.
2. 「자전거탑승중」이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.
3. 「자전거 운전중」이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

35. 일반상해고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 일반상해고도후유장해보험금으로 지급합니다.

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, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원

2. 조산원

3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장

해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

36. 일반상해50%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 일반상해50%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

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, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우

에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해50%이상 후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

37. 대중교통이용중 교통상해후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 승객으로서 대중교통이용중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에서 정한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「대중교통이용중 교통상해」라 합니다)로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

- ㉠ 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
- ㉡ 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차하던중 일어난 교통사고
- ㉢ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

② 보험기간 중에 승객으로서 대중교통이용중 교통상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

② 제1항의 대중교통이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.

- ① 여객수송용 항공기
- ② 여객수송용 지하철/전철, 기차
- ③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
- ④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
- ⑤ 여객수송용 선박

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에

기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이

지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 고도 후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

38. 자전거탑승중 상해후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 보험기간 중 자전거탑승중 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자전거탑승중 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하「자전거탑승중 상해」라 합니다)로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.
- ② 보험기간 중 자전거탑승중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자전거」라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제17항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.
2. 「자전거탑승중」이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.
3. 「자전거 운전중」이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는

보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해 분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

39. 운전자용 자동차사고입원일당 (1~11급/1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)로 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상등급표)】 중 아래의 부상등급을 받고 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일에 대하여 아래에 정한 금액을 자동차사고입원일당으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전하고 있지 않은 상태로 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

(보험가입금액 7만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급~7급	7만원
8급~11급	2만원

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부,

엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 자동차사고입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 자동차사고입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 자동차사고입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및

기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

② 하역작업을 하는 동안

③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(입원의 정의와 장소)

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

40. 비운전자용 자동차사고입원일당(1~11급/1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)로 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상등급표)】 중 아래의 부상등급을 받고 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일에 대하여 아래에 정한 금액을 자동차사고입원일당으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전하고 있지 않은 상태로 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

(보험가입금액 7만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급~7급	7만원
8급~11급	2만원

【용어풀이】

「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 자동차사고입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1항의 규정에 따라 자동차사고입원일당을 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 자동차사고입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에

의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

41. 일반상해후유장해(20%이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 보험기간 중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.
- ② 보험기간 중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 20%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금(20%이상)으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

42. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

43. 일반상해후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 보험기간 중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.
- ② 보험기간 중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

44. 상해장애(1~3급)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 「장애인 복지법 시행령」 제2조 및 「장애인 복지법 시행규칙」 제2조(【별표47(장애인의 장애등급표)】 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다. 【별표48(장애인의 종류 및 기준)】 참조)으로 등록되었을 때 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해장애(1~3급)진단비로 지급합니다.

【장애인 복지법 제2조(장애인의 정의 등)】

- ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
- ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.
 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【장애인 복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

- ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.
- ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

【장애인 복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

- ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같

다.

- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 상해발생일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 (【별표49(장애등급 판정시기)】참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 (【별표50(중복장애 합산시 상향조정된 장애등급)】참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 장애인 등록증
- ③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에만함합니다)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애인등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해장애(1~3급)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

45. 상해수술비(4일이상 입원수술)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 같은 상해로 아래 경우에 모두 해당되는 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비(4일이상 입원수술)로 지급합니다.

- ① 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 4일이상 입원하여 퇴원하는 경우
- ② 상해의 직접적인 결과로서 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술비는 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접

적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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(보

험금의 지급사유)의 상해 관련 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, 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 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정

하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장 보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

46. 상해장애(1~2급)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 「장애인 복지법 시행령」 제2조 및 「장애인 복지법 시행규칙」 제2조(【별표47(장애인의 장애등급표)】 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다. 【별표48(장애인의 종류 및 기준)】 참조)으로 등록되었을 때 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해장애(1~2급)진단비로 지급합니다.

【장애인 복지법 제2조(장애인의 정의 등)】

- ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
- ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.
 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【장애인 복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

- ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.
- ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

【장애인 복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

- ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같

다.

- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 상해발생일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 (【별표49(장애등급 판정시기)】참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 (【별표50(중복장애 합산시 상향조정된 장애등급)】참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 장애인 등록증
- ③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에만함합니다)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애인등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해장애(1~2급)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

47. 운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상 등급표)】의 상해등급 중 1급, 2급 또는 3급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다.)
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다.)
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다.)

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

48. 비운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 자동차 비운전중 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표23(자동차사고 부상 등급표)】에서 정한 상해등급 중 1급, 2급 또는 3급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다.)
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다.)

【용어풀이】

자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

II. 질병 관련 특별약관

1. 질병사망·고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 보험기간 중 질병으로 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.
- ② 보험기간 중 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 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) 제1호에서 정한 사망보험금 중 해당 질병과 관련한 사망보험금 및 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 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, 청약일 이후 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으

로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑫ 회사는 하나의 질병으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 때에는 보상하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

2. 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 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 질병사망보험금 중 해당 질병과 관련한 질병사망보험금을 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

3. 질병80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병80%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
질병 80%이상 후유장해시	보험가입금액을 매월 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2017년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2017년 2월 28일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 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 생활자금 중 해당 질병과

관련한 생활자금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도

로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 질병80%이상 후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

4. 질병특정고도장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병을 직접적인 원인으로 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병특정고도장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 질병특정고도장해 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급하며, 어떠한 경우에도 질병특정고도장해 생활자금은 중복하여 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 【별표3(질병특정고도장해 판정기준)】에서 정한 장애상태(이하 「질병특정고도장해」라 합니다)가 되었을 경우
- ② 피보험자가 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고 「장애인 복지법 시행령」 제2조 및 「장애인 복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다. 이하 같습니다)으로 등록되었을 경우

구 분	지급금액
질병특정고도장해가 되거나 1급 또는 2급의 장애인이 되었을 경우	보험가입금액을 매월 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2017년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2017년 2월 28일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 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 질병특정고도장해 생활자금 중 해당 질병과 관련한 질병특정고도장해 생활자금을 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(질병특정고도장해의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병특정고도장해」라 함은 【별표3(질병특정고도장해 판정기준)】의 1.에서 정하는 장해상태가 되었을 경우 및 【별표3(질병특정고도장해 판정기준)】의 2.~8.에서 정한 장해상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장해 상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단일로부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.

② 회사는 피보험자의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초 진단일로부터 180일이 지난 날의 의사 진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는

보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 피보험자의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 질병특정고도장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

【장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

- ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.
- ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

[별표 1] 장애인의 종류 및 기준

1. 지체장애인(肢體障礙人)

- 가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람
- 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
- 다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
- 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
- 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람
- 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람
- 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람

2. 뇌병변장애인(腦病變障礙人)

- 뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람

3. 시각장애인(視覺障礙人)

- 가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
- 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
- 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
- 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람

4. 청각장애인(聽覺障礙人)

- 가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
- 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청

력 손실이 40데시벨 이상인 사람
 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트
 이하인 사람
 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 5. 언어장애인(言語障礙人)
 음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가
 있는 사람

【장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

- ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "령"이라 한다) 제2조제
 2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같다.
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인
 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

[별표 1] 장애인의 장애등급표

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

제1급

1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제2급

1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의
 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능
 에 현저한 장애가 있는 사람

제2급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의
 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각
 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의
 기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가
 있는 사람
5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개
 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
다. 지체기능장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 다리의 기능을 잃은 사람

제2급

1. 한 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람

2. 뇌병변장애인

제1급

보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람

제2급

1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

3. 시각장애인

제1급

좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

제2급

좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

제2급

두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람
(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)

5. 암사망·고도후유장해보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

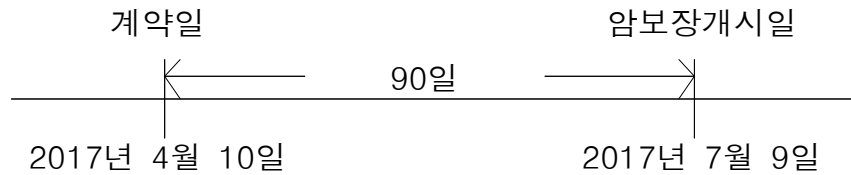
② 제1항에도 불구하고 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일 [예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인하여 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.
- ② 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제2호의 후유장해보험금 지급을 위한 장해지급률이 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정함

니다.

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 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 중 해당질병과 관련한 사망보험금 및 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따름

니다.

⑩ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑫ 회사는 하나의 질병으로 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야

합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 때에는 보상하지 않습니다.

제6조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금

지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

6. 암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

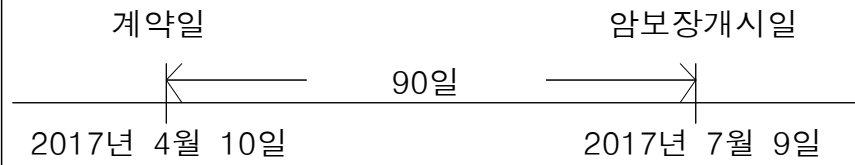
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금의 지급사유)

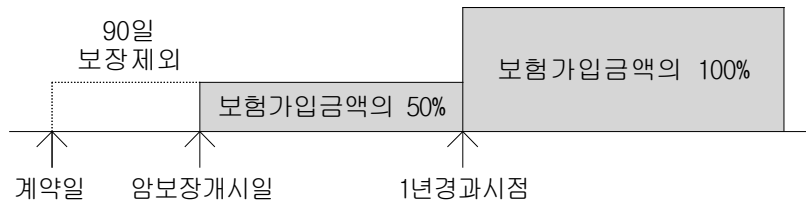
① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암진단비로 지급합니다. 다만, 「암 등의 질병」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「암 등의 질병」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 5% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

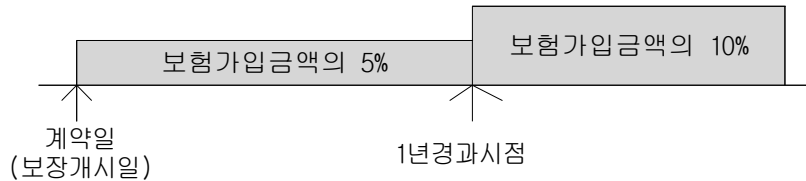
② 다만, 「암」 진단확정 후 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 제자리암진단비, 기타피부암진단비, 경계성종양진단비 또는 갑상선암진단비는 지급하지 않으며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정후 「암」으로 진단 확정시에는 암진단비를 지급합니다.

【암진단비[예시]】 (단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



③ 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암」으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암진단비 중 해당 질병과 관련한 암진단비를 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 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의

전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」 진단시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

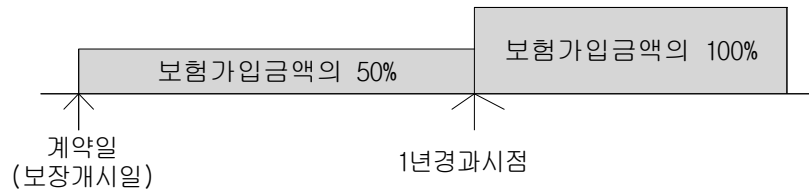
7. 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【뇌졸중진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비를 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 뇌졸중진단비 중 해당 질병과 관련한 뇌졸중진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출) 제외합니다.

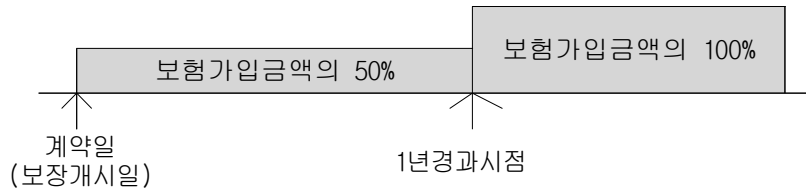
8. 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【급성심근경색증진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 급성심근경색증진단비를 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 급성심근경색증진단비 중 해당 질병과 관련한 급성심근경색증진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우

부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

9. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 「5대고액치료비암」에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「5대고액치료비암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

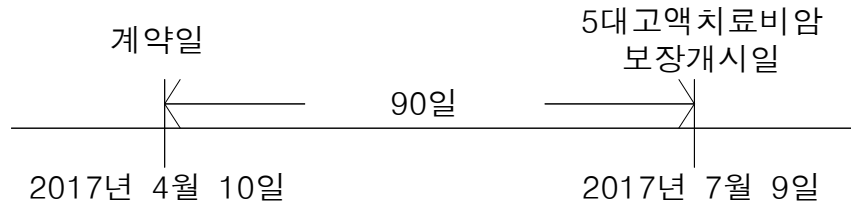
③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【5대고액치료비암보장개시일 [예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



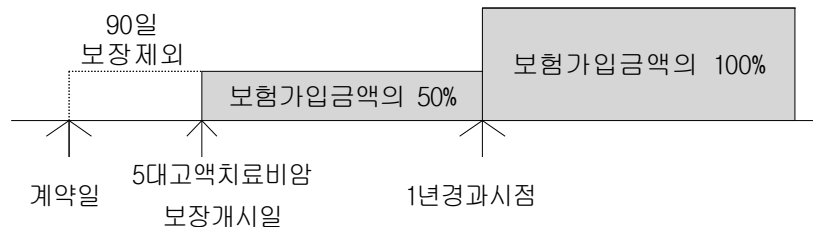
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 5대고액치료비암보장개시일 이후에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 5대고액치료비암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
5대고액치료비암 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【5대고액치료비암진단비[예시]】

(단, 5대고액치료비암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



② 피보험자가 5대고액치료비암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 5대고액치료비암진단비 중 해당 질병과 관련한 5대고액치료비암진단비를 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계

약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일 부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「5대고액치료비암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로 【별표9(5대고액치료비암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

② 「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 5대고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 5대고액치료비암보장개시일의 전일 이전에 「5대고액치료비암」으로 진단 확정되는 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(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 5대고액치료비암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

10. 양성뇌종양진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「양성뇌종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 양성뇌종양진단비를 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 양성뇌종양진단비 중 해당 질병과 관련한 양성뇌종양진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어 「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

② 제1항의 「양성뇌종양」은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

③ 「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 면허를 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 제1항제1호 및 제2호의 면허를 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

11. 말기폐질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표10(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기폐질환진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기폐질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기폐질환진단비를 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 말기폐질환진단비 중 해당 질병과 관련한 말기폐질환진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

12. 말기간경화진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표11(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기간경화진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기간경화로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기간경화진단비를 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 말기간경화진단비 중 해당 질병과 관련한 말기간경화진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

13. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 만성당뇨합병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 만성당뇨합병증진단비를 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 만성당뇨합병증진단비 중 해당 질병과 관련한 만성당뇨합병증진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「만성당뇨합병증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병으로, 【별표12(만성당뇨합병증 분류표)】에서 정한 1형 당뇨병, 2형 당뇨병, 영양실조-관련 당뇨병, 기타 명시된 당뇨병, 상세불명의 당뇨병, 기타 당뇨병성 합병증을 말합니다.

② 제1항의 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조에 따른 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

- ① 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조형술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
- ② 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 500mg이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
- ③ 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
- ④ 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

【의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 면허를 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 면허를 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

14. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

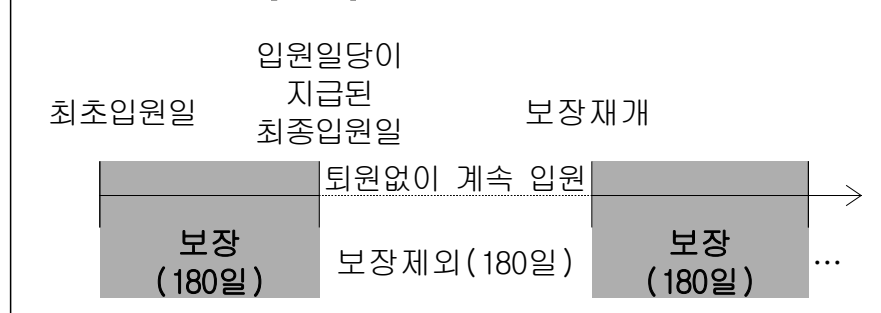
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당 [예시]】



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉓ 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 질병입원일당 중 해당 질병과 관련한 질병입원일당을 지급하지 않습니다.

㉔ 제7항에도 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.

㉕ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉖ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉗ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

㉘ 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

㉙ 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

㉚ 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제
10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니
다.

15. 암직접치료입원일당(4일 이상)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

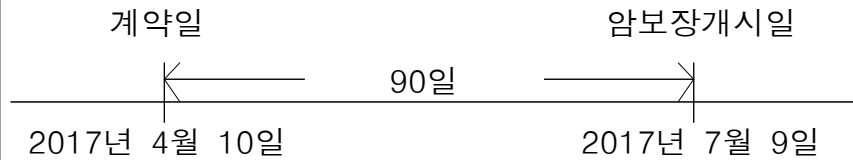
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금의 지급사유)

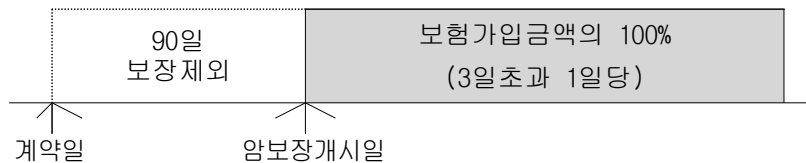
회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속입원하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

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

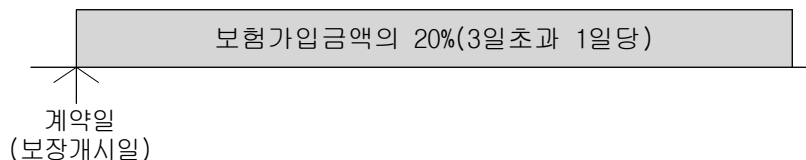
【암직접치료입원일당(4일이상)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을

한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원일당 중 해당 질병과 관련한 암직접치료입원일당을 지급하지 않습니다.

⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학

의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

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

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

16. 7대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「7대질병」으로 진단확정되고 그 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대질병수술비로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 7대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

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 7대질병수술비 중 해당 질병과 관련한 7대질병수술비를 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, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「7대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「7대질병」으로 분류되는 질병으로, 【별표17(7대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.

② 「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동

등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

17. 18대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「18대질병」으로 진단확정되고 그 「18대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 18대질병수술비로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 18대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

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 18대질병수술비 중 해당 질병과 관련한 18대질병수술비를 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, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(18대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「18대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 18대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표25(18대질병 분류표)】에서 정한 당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증을 말합니다.

② 「18대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

18. 여성골다공증수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「여성골다공증」으로 진단이 확정되고 그 「여성골다공증」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 여성골다공증수술비로 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 여성골다공증수술비 중 해당 질병과 관련한 여성골다공증수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(여성골다공증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「여성골다공증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 여성골다공증으로 분류되는 질병으로 【별표26(여성골다공증 분류표)】에서 정한 골다공증을 말합니다.

② 「여성골다공증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

19. 총수염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「총수염(맹장염)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 총수염수술비로 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 총수염수술비 중 해당 질병과 관련한 총수염수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(총수염의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「총수염(맹장염)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「총수염(맹장염)」으로 분류되는 질병(【별표18(총수염(맹장염) 분류표)】참조)을 말합니다.

② 「총수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 총수염수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

20. 특정전염병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표19(특정전염병 분류표)】에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정전염병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정전염병진단비를 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) 제1항의 특정전염병진단비 중 해당 질병과 관련한 특정전염병진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

21. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「조혈모세포이식」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 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 조혈모세포이식수술비 중 해당 질병과 관련한 조혈모세포이식수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(조혈모세포이식수술의 정의 및 진단 확정)

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

【관련법규】

장기등 이식에 관한 법률 제25조(장기이식의료기관)

- ① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.
- ② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.
- ③ 이식의료기관이 아니면 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

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

피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제
10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니
다.

22. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「호흡기관련질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관련질병수술비로 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 호흡기관련질병수술비 중 해당 질병과 관련한 호흡기관련질병수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「호흡기관련질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「호흡기관련질병」으로 분류되는 질병으로 【별표20(호흡기관련질병 분류표)】에서 정한 급성 상기도감염, 상세불명의 상기도질환, 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액화농성 만성기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 천식 및 천식지속 상태, 또는 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역, 수두폐렴, 거대세포바이러스폐렴 또는 폐 독소포자충증을 말합니다.

② 「호흡기관련질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위

원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

23. 식중독입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「식중독」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 식중독입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 「식중독」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「식중독」에 대한 입원이라도 식중독입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 식중독입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 식중독입원일당에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 식중독입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「식중독」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 식중독입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 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 식중독입원일당 중 해당 질병과 관련한 식중독입원일당을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진

단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(식중독의 정의 및 진단확정)

① 「식중독」이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로서 **【별표21(식중독 분류표)】**에 해당하는 질병으로 분류되는 경우에 한합니다.

② 「식중독」의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「식중독」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「식중독의 치료를 직접적인 목적

으로 한 입원」이란 의사에 의해 「식중독」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「식중독」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「식중독」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「식중독」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「식중독」으로 진단된 경우에는 이는 「식중독」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

24. 갱신행 간병인지원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 질병입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제4항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.
- ③ 제2항의 간병인이라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다.
- ④ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

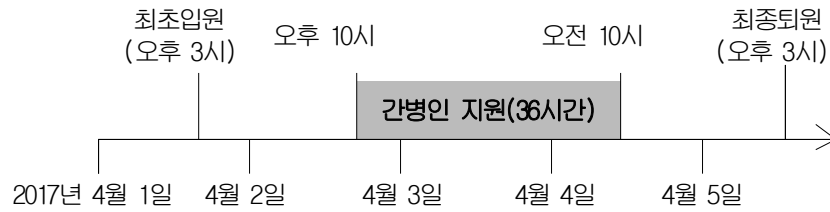
【간병인의 주요 업무[예시]】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】



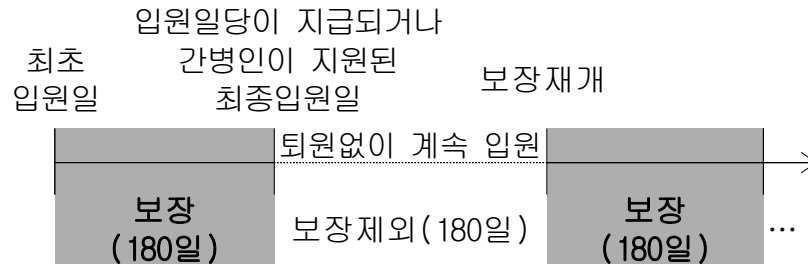
- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간병인 사용일수 : 2일 (36시간)
- 상해입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이란도 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원 질병입원일당 [예시]】



⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당 또는 간병인을 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용

의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑨ 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 질병입원일당 및 간병인지원 중 해당 질병과 관련한 질병입원일당을 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않습니다.

⑩ 제9항에도 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 약관에 따라 보장합니다.

⑪ 제10항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서 (회사 양식)
- ② 사고증명서 (진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑭ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 질병입원일당의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 질병입원일당은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한

경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하는 사유가 발생한 때에는 질병입원일당을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

④ 정상분만, 치과질환

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항 이외에 회사의 사정으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 갱신형 질병입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관으로 변경하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

24-1. 갱신형 질병입원일당(1일이상, 전환용)보장 특별약관

- * 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상) 보장 특별약관 제6조 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

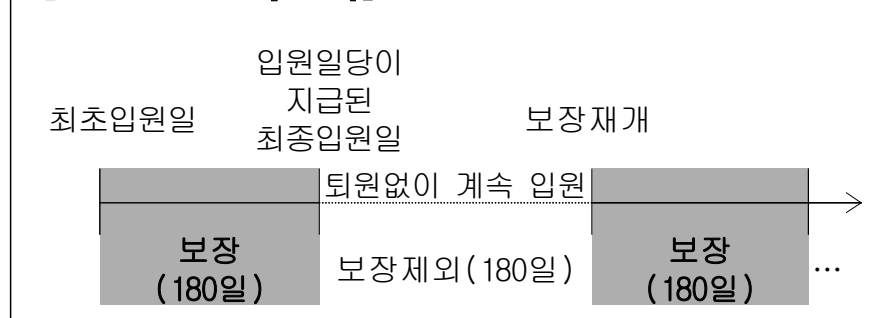
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당 [예시]】



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이

상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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 질병입원일당 중 해당 질병과 관련한 질병입원일당을 지급하지 않습니다.

⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자

가 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

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

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

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점

의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

25. 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

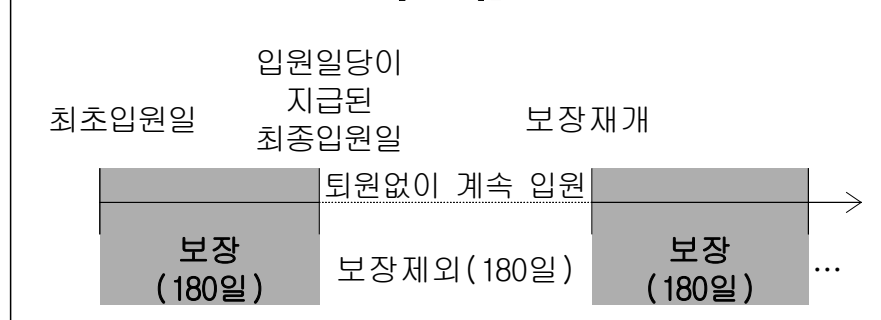
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 질병중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병중환자실입원일당 [예시]】



- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병중환자실입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를

따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 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 질병중환자실입원일당 중 해당 질병과 관련한 질병중환자실입원일당을 지급하지 않습니다.

⑨ 제8항에도 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.

⑩ 제9항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관

에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌 질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는

「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[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, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원

환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

26. 7대질병입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「7대질병」으로 진단확정되고 그 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하였을 경우 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 7대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ② 동일한 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「7대질병」에 대한 입원이 라도 7대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 7대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 7대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 「7대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 7대질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 7대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 「7대질병」으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 7대질병입원일당 중 해당 질병과 관련한 7대질병입원일당을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 「7대질병」이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 「7대질

병」으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「7대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「7대질병」으로 분류되는 질병으로, 【별표17(7대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.

② 「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「7대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「7대질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「7대질병」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「7대질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「7대질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「7대질병」으로 진단된 경우에는 이는 「7대질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

27. 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

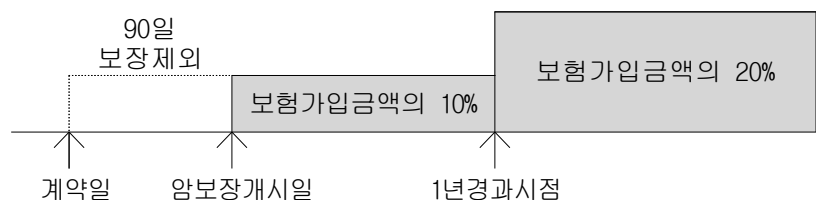
- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

A horizontal timeline diagram. On the left, there is a vertical tick mark labeled "계약일" (Contract Date) above it and "2017년 4월 10일" (April 10, 2017) below it. To the right of this mark, a double-headed arrow points to another vertical tick mark. Above this second mark is the label "암보장개시일" (Insurance Policy Issuance Date), and below it is "2017년 7월 9일" (July 9, 2017). Between the two marks, the text "90일" (90 days) is written.

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(Ⅰ)으로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

< 암 >



계약일 (보장개시일) 1년경과시점

보험가입금액의 10% 보험가입금액의 20%

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 제2조(보험금의 지급사유)의 암수술비(1) 중 해당 질병과 관련한 암수술비(1)을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로

분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일

이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

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

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

28. 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

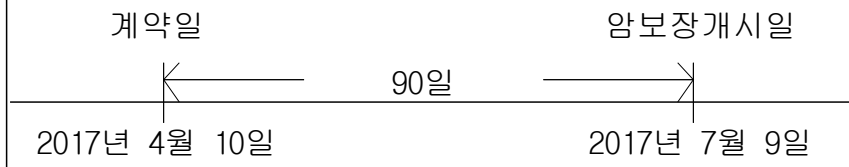
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)

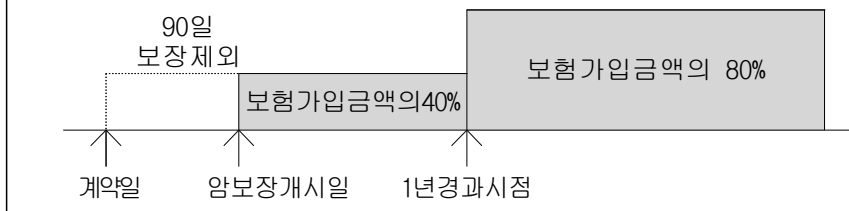


제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(Ⅱ)로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 수술시	보험가입금액의 40% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암수술비(Ⅱ)[예시]】 (단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(Ⅱ)이 지급되지 않습니다.
- ② 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암수술비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 암수술비(Ⅱ)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독

촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

29. 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【보장개시일】

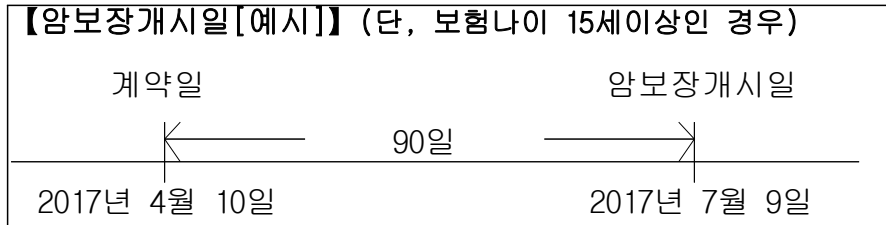
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암 보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우



제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

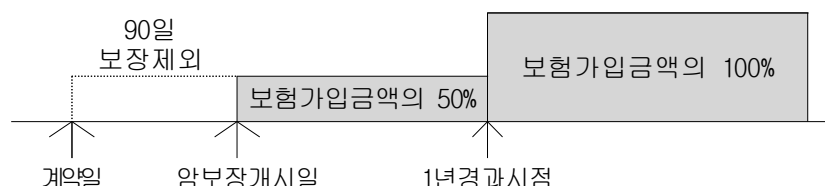
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

다만, 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암 항암방사선약물치료비 또는 갑상선암 항암방사선약물치료비는 지급하지 않으며, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

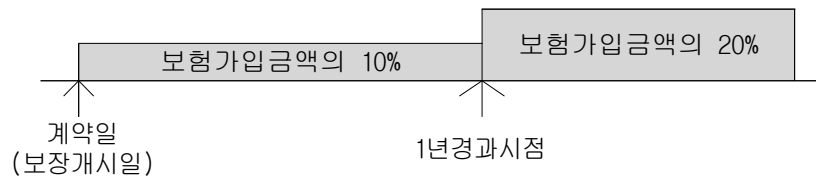
【항암방사선약물치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 기타피부암 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 항암방사선약물치료비 중 해당 질병과 관련한 항암방사선약물치료비를 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 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험 계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

30. 암진단비(소액암제외)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【보장개시일】

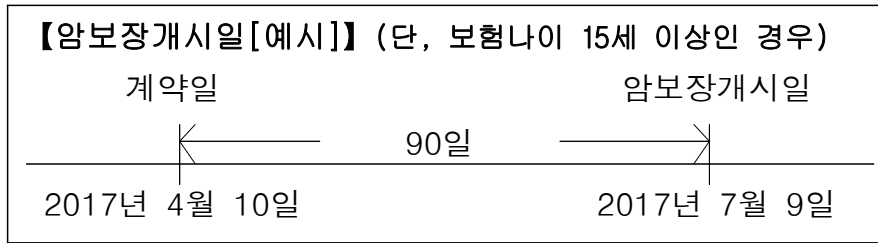
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암(소액암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(소액암제외)(이하「암(소액암제외)」라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우



제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암(소액암제외)」로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암진단비(소액암제외)로 지급합니다. 다만, 「암(소액암제외) 등의 질병」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「암(소액암제외) 등의 질병」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

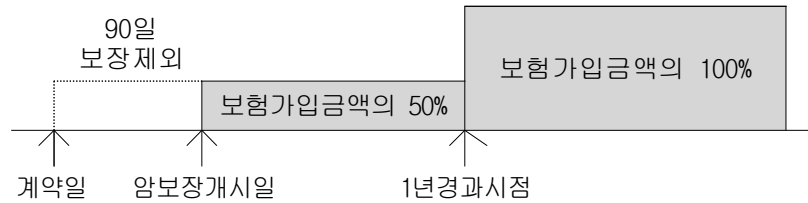
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암(소액암제외) 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 5% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

② 다만, 「암(소액암제외)」 진단확정 후 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 제자리암진단비, 기타피부암진단비, 경계성종양진단비 또는 갑상선암진단비는 지급하지 않으며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정후 「암(소액암제외)」로 진단 확정시에는 암진단비(소액암제외)를 지급합니다.

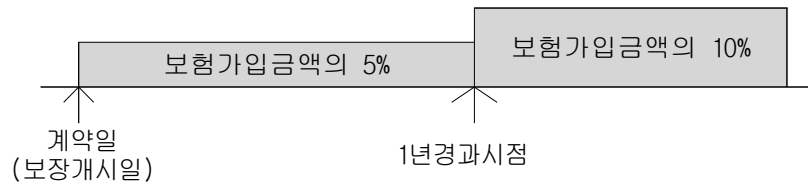
【암진단비(소액암제외)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(소액암제외) >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



③ 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암(소액암제외)」로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(소액암제외)를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암진단비(소액암제외) 중 해당 질병과 관련한 암진단비(소액암제외)를 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 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약

의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암(소액암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(소액암제외)」라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 아래의 악성신생물(암), C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라

함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암(소액암제외) 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암(소액암제외) 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(소액암제외) 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암(소액암제외)」로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(소액암제

외)(「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」 진단시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

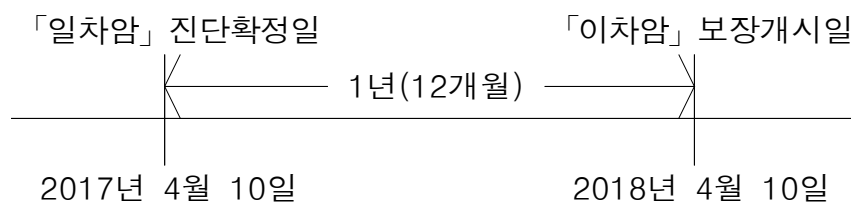
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

31. 이차암진단비보장 특별약관

제1조(회사의 보장개시)

- ① 회사는 암진단비 특별약관 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후부터 이 특별약관에 대한 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「이차암」에 대한 보장개시는 「일차암」의 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음날(이하 「이차암보장개시일」이라 합니다)로 합니다.
- ③ 제2항에서 일차암이라 함은 제1항의 암보장개시일 이후에 진단확정된 「암」을 말합니다.

【이차암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이차암보장개시일 이후 「이차암」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 이차암진단비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「이차암」이라 함은 이차암보장개시일 이후 「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표24(기관(organ)분류표】참조)과 다른 기관(organ)에 「원발암」이나 「전이암」으로 진단확정된 「암」을 말합니다.
- ③ 제2항에서 「원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「일차암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological appearance)을 가진 「암」을 말합니다.
- ④ 제2항에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 지속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이차암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 받았을 경우에 계약자는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 「일차암」 진단확정일 시점의 이 특별약관의 책임준비금을 돌려드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

다.

② 「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 「일차암」으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후 「일차암」과 동일한 기관(organ)(【별표24(기관(organ)분류표】참조)에 「암」으로 진단확정된 경우에는 이차암으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보상합니다.

③ 제1항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 이차암보장개시일 이전에 진단확정된 「암」이 동일한 기관(organ)(【별표24(기관(organ)분류표】참조)에 재발 또는 전이되어 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 「이차암」 진단비 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일 이전에 「암」으로 진단확정 받았더라도 이차암보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 「암」으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 「이차암」으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 해당하는 보험금을 지급합니다.

【이차암보장 예시】

「일차암」은 입인두암(C10)에서 진단확정되고, 그로부터 1년이후 비인두암(C11)으로 진단확정된 경우에는 동일 기관(organ) 분류이기 때문에 「이차암」으로 보상받지 못합니다. 그러나 그 후 비인두암(C11)이 전이되어 입술암(C00)으로 진단확정된 경우에는 다른 기관(organ) 분류이기 때문에 「이차암」으로 보상받을 수 있습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성 신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.

- ① 「일차암」 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지나기전에 「이차암」으로 진단확정된 경우
- ② 「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)과 같은 기관(organ)에 진단확정된 경우
- ③ 「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)이 두 개 이상(예: 「일차암」이 위(stomach)와 간(liver)에 동시에 진단확정된 경우)인 경우 그 기관(organ)들과 같은 기관(organ)들(예: 위 및/또는 간)에만 암이 진단확정된 경우
- ④ 「일차암」으로 인하여 ‘중피성 및 연조직’ (【별표24(기관(organ)분류표) 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
- ⑤ 「일차암」으로 인하여 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계’ (【별표24(기관(organ)분류표) 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
- ⑥ 「일차암」이 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계’ (【별표24(기관(organ)분류표) 참조)의 「암」(예:백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정되고

「암」이 다시 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계’의 암으로 진단확정된 경우

제6조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 일차암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 이차암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 알파 Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 일차암보장개시일을 적용합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 일차암보장개시일 이후에 「일차암」으로 진단확정되었을 때에는 해당 피보험자의 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따

라 계약이 소멸된 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

32. 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 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 질병수술비 중 해당 질병과 관련한 질병수술비를 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 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 수술한 경우(000~099)

④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)

⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 단순한 피로 또는 권태

④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등

선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 고골음(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

⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

33. 질병입원일당(수술입원 추가)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

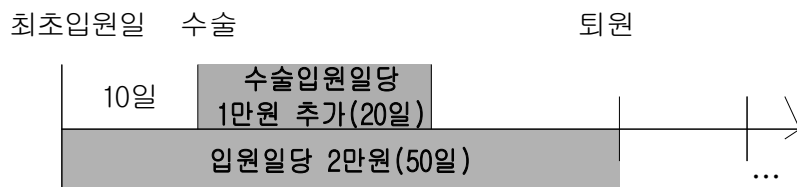
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 질병입원일당(수술입원 추가)으로 지급합니다.

- ① 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하였을 경우 입원일당(이하 「입원일당」이라 합니다)을 지급합니다.
- ② 보험기간 중 진단확정된 같은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 수술을 받은 경우 수술입원일당(이하 「수술입원일당」이라 합니다)을 제1항의 「입원일당」에 더하여 지급합니다.

구분	입원시「입원일당」 지급	입원중 수술시 「수술입원일당」 추가지급
A형	1일당 1만원	1일당 1만원
B형	1일당 2만원	1일당 1만원
C형	1일당 3만원	1일당 2만원

【질병입원일당(수술입원 추가) 지급액 [예시]】

- B형가입, 최초입원 10일경과 후 수술, 총입원일수 50일



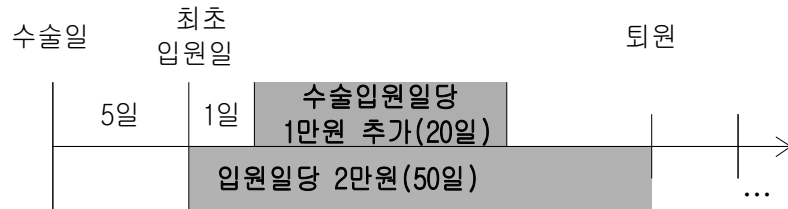
② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 최초입원일부터 180일을 최고 한도로 하며, 수술입원일당의 지급일수는 1회 입원당 최초수술일부터 20일을 최고 한도로 합니다. 다만, 수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우 1회 입원당 2일째 입원일부터 20일을 최고 한도로 합니다.

【수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우[예시]】

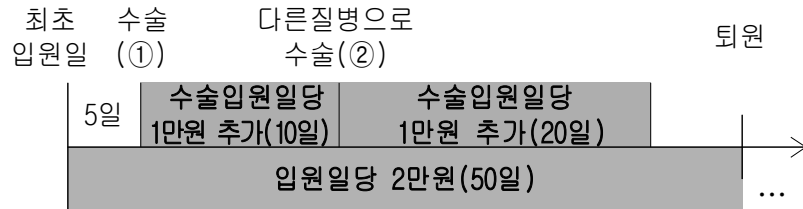
- B형가입, 수술하고 5일 경과 후 동일한 질병치료를 위해 입원, 총입원일수 50일



② 수술입원일당 지급기간 중 다른 질병으로 진단확정되고 그 질병의 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술입원일당의 지급일수는 그 날을 최초수술일로 보아 20일을 최고한도로 합니다.

【수술입원일당 지급기간 중 다른 질병으로 수술한 경우[예시]】

- B형가입, 최초입원 5일경과 후 수술(①), 수술(①) 후 10일경과 후 다른 질병으로 진단확정되고 수술(②), 총입원일수 50일

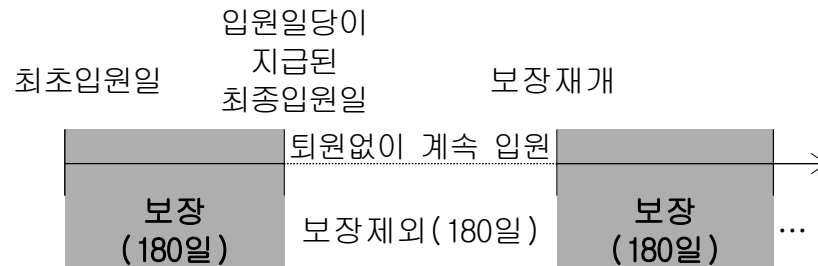


③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

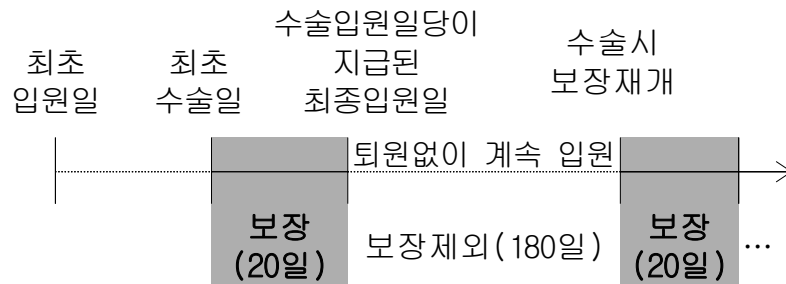
④ 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(수술입원 추가)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당(수술입원 추가)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(수술입원 추가)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당(수술입원 추가) [예시]】

① 입원일당



② 수술입원일당



⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원 기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당(수술입원 추가)을 계속 보상합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(수술입원 추가)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 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 질병입원일당(수술입원 추가) 중 해당 질병과 관련한 질병입원일당(수술입원 추가)을 지급하지 않습니다.

⑨ 제8항에도 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.

⑩ 제9항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사

또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환
- ③ 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에 대하여 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술에 대하여는 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 수술한 경우(000~099)
 - ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 - ⑤ 비만(E66)
 - ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ④ 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에 대하여 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - ③ 단순한 피로 또는 권태
 - ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증

(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 (국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

34. 질병 50%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 50%이상후유장해보험금으로 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, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 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 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병 50%이상후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 질병50%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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, 청약일부 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약

의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 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 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 50%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

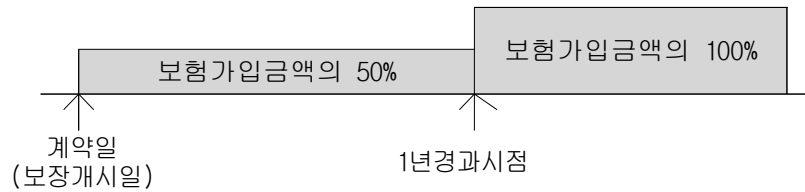
35. 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「희귀난치성 7대질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 희귀난치성 7대질환진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
희귀난치성 7대질환 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【희귀난치성7대질환진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 희귀난치성 7대질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 희귀난치성 7대질환진단비를 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 희귀난치성 7대질환진단비 중 해당 질병과 관련한 희귀난치성 7대질환진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우

부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉔ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

㉔ 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(희귀난치성 7대질환의 정의 및 진단확정)

㉑ 이 특별약관에 있어서 「희귀난치성 7대질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「희귀난치성 7대질환」으로 분류되는 질병으로 【별표29(희귀난치성 7대질환 분류표)】에서 정한 재생불량성 빈혈, 운동신경세포병, 파킨슨병, 심근질환(142.4(심내막탄력섬유증) 제외), 모야모야병, 전신홍반루프스, 만성신장병(5기)을 말합니다.

㉒ 제1항의 「희귀난치성 7대질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 골수검사, 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 근전도검사 및 혈액검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.

㉓ 제1항의 「만성신장병(5기)」은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「N18.5(만성신장병(5기))」로 분류되는 질병으로 보전요법으로는 치료가 불가능하여 신대체요법(복막투석, 혈액투석 및 신장이식)을 받고 있거나 받은 경우(일시적 투석치료를 받는 경우는 제외)를 말합니다.

【신대체요법】

- 복막투석 : 신장 기능이 떨어진 경우 뱃속으로 통하는 관을 삽입하여 투석액을 교환하는 시술
- 혈액투석 : 인공 신장기를 이용하여 혈액 속 노폐물 제거, 신체 내 전해질 균형 유지, 과잉 수분을 제거하는 시술
- 신장이식 : 정상 기능을 할 수 없는 신장을 대신하기 위해서 다른 사람에게서 기증받은 신장을 심어주는 수술

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀난치성 7대질환 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

36. 중증암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

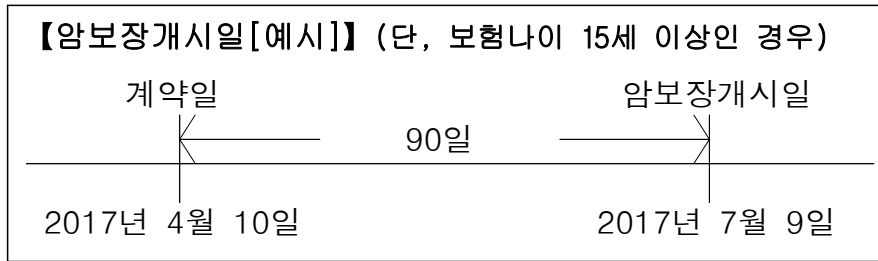
【보장개시일】

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

③ 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

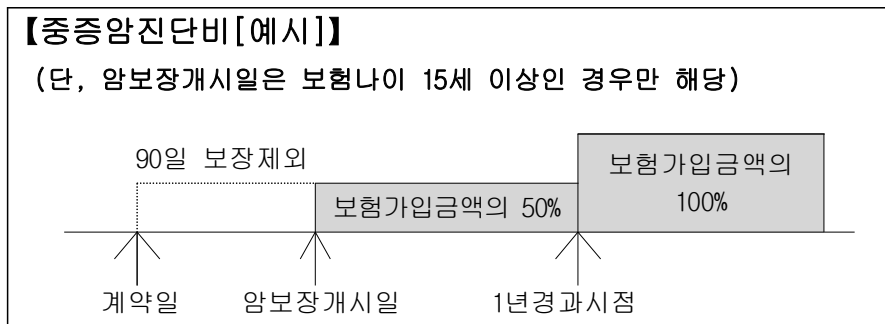
④ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 「암」에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.



제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 암보장개시일 이후에 「특정암」 또는 「4기암(특정암제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 중증암진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정암 또는 4기암(특정암제외) 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)



② 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「특정암」 또는 「4기암(특정암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 중증암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정하는 중증암진단비에 대하여 동시에 2가지 이상으로 진단확정 된 경우에는 하나의 중증암진단비만 지급합니다.

② 제4조(암의 정의 및 진단확정)의 각 호에 정한 방법에 따라 병기구분이 안되고, 「병기구분 불가암 분류표」(【별표31(병기구분 불가암 분류표)】참조)에 해당하는 암에 대해서는 중증암진단비를 지급하지 않습니다.

③ 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 중증암진단비 중 해당 질병과 관련한 중증암진단비를 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어 「암」은 「특정암」, 「4기암(특정암 제외)」 및 「1~3기암(특정암 제외)」로 구분됩니다.

③ 이 특별약관에 있어 「특정암」이라 함은 「특정암분류표」(【별표30(특정암 분류표)】 참조)에서 정한 암을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어 「4기암(특정암 제외)」이라 함은 제1항에서 정한 「암」으로 분류되는 질병에서 제3항의 「특정암」을 제외한 암 중 「4기암」에 해당하는 암을 말하며, 「4

기암」이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

- ① AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제7판 TNM 병기분류상 「Stage4」에 해당하는 경우
- ② FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 「Stage4」에 해당하는 경우
- ③ Astler-Coller 분류상 「stage D」에 해당하는 경우
- ④ Jewett 분류상 「stage D」에 해당하는 경우
- ⑤ 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
- ⑥ 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되고, 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
- ⑦ 「병기구분 불가암 분류표」(【별표31(병기구분 불가암 분류표)】참조)에 해당하는 암으로 진단확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
- ⑧ 위의 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 「TNM 병기 4기」에 준하는 단계라고 진단받은 경우
- ⑨ 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.
- ⑩ 제1호 내지 제4호 및 제8호의 병기분류가 증상별 병기 판단기준 개정 등의 사유로 변경된 경우에는 변경된 병기분류에 따라 적용합니다.
- ⑪ 제10호에도 불구하고 의학의 발전, 관련 학술기구·국제기구의 변경(해체 포함), 법령의 변경 등으로 병기분류 체계가 변경되어 제1호 내지 제4호 및 제8호의 병기분류를 지속적으로 적용하기 어려운 경우에는 회사가 새로운 병기분류체계에서 이 특별약관의 「4기암」에 해당하는 병기 혹은 그 판단기준(이하 「변경된 판단기준」이라 합니다)을 정합니다.
- ⑫ 제11호에 따라 「4기암」의 「변경된 판단기준」을 실시하고자 하는 경우에는 그 변경내용에 대하여 변경적용일 30일 이전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여야 합니다. 다만, 안내한 날로부터 30일이 지나는 동안 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 계약 전환일에 자동전환되는 것으로 합니다.
- ⑬ 계약자가 「4기암」의 「변경된 판단기준」에 따르는 것을 원하지 않는 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을

가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

【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.

⑤ 이 특별약관에 있어 「1~3기암(특정암제외)」이라 함은 제1항에서 정한 「암」으로 분류되는 질병 중 제3항의 「특정암」과 제4항의 「4기암(특정암제외)」에 해당되지 않는 「암」을 말합니다.

⑥ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【암의 정의 요약】

이 특별약관에서 「암」은 「특정암」, 「4기암(특정암제외)」, 「1~3기암(특정암제외)」으로 구분됩니다.

특정암	【별표30(특정암 분류표)】에서 정한 암
4기암 (특정암제외)	「특정암」을 제외한 암 중 「4기암」에 해당하는 암
1~3기암 (특정암제외)	「특정암」과 「4기암(특정암제외)」에 해당되지 않는 「암」

주) 「병기구분 불가암」은 「1~3기암(특정암제외)」으로 구분됩니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 암진단서(회사양식의 사고증명서 포함), 수술증명서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
(다만 「4기암」에 해당되는 경우 사고증명서에 제4조(암의 정의 및 진단확정)에서 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 10월 1일 위암 StageVI(TNM)로 진단되었습니다.
2. 홍길동은 2017년 10월 1일 위암 T2N2M1(TNM)으로 진단되었습니다.
3. 홍길동은 2017년 10월 1일 전립선암 StageD(Jewett)로 진단되었습니다.

제6조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증암진단비 지급 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 피보험자가 「1~3기암(특정암 제외)」로 진단확정되었을 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 보장개시일 및 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

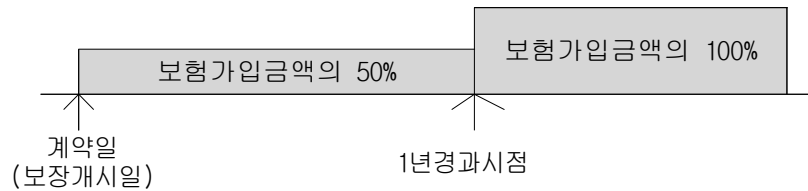
37. 뇌출혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌출혈 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【뇌출혈진단비[예시]】



② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌출혈진단비를 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 뇌출혈진단비 중 해당 질병과 관련한 뇌출혈진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌출혈」로 분류되는 질병으로 【별표32(뇌출혈 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

38. 부인과질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「부인과질병」으로 진단이 확정되고 그 「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 부인과질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 부인과질병수술비 중 해당 질병과 관련한 부인과질병수술비를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「부인과질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 부인과질병으로 분류되는 질병으로

【별표33(부인과질병 분류표)】에서 정한 제자리신생물, 양성신생물, 행동양식 불명 또는 미상의 신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성 질환, 여성생식기의 비염증성 장애, 자궁경부의 결핵 및 결핵성 여성 골반 염증성 질환을 말합니다.

② 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위

원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

39. 갱신헌 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 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 질병사망보험금 중 해당 질병과 관련한 질병사망보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신헌 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

40. 질병고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입 금액 전액을 질병고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 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 질병고도후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 질병고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우

부활을 청약하는 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

41. 질병특정고도장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병을 직접적인 원인으로 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병특정고도장해보험금으로 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 질병특정고도장해보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어【별표3(질병특정고도장해 판정기준)】에서 정한 장애상태(이하「질병특정고도장해」라 합니다)가 되었을 경우
- ② 피보험자가 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고「장애인 복지법 시행령」제2조 및「장애인 복지법 시행규칙」제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다. 이하 같습니다)으로 등록 되었을 경우

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 질병특정고도장해보험금 중 해당 질병과 관련한 질병특정고도장해보험금을 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(질병특정고도장해의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「질병특정고도장해」라 함은 【별표3(질병특정고도장해 판정기준)】의 1.에서 정하는 장해상태가 되었을 경우 및 【별표3(질병특정고도장해 판정기준)】의 2.~8.에서 정한 장해상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장해 상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.
- ② 회사는 피보험자의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초 진단일부터 180일이 지난 날의 의사 진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 피보험자의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병특정고도장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

42. 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 말기신부전증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기신부전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기신부전증진단비를 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 말기신부전증진단비 중 해당 질병과 관련한 말기신부전증진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제7차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 아니합니다.

② 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

43. 남성특정비뇨기계질환입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「남성특정비뇨기계질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 남성특정비뇨기계질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 남성특정비뇨기계질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「남성특정비뇨기계질환」에 대한 입원이라도 남성특정비뇨기계질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 남성특정비뇨기계질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 남성특정비뇨기계질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 남성특정비뇨기계질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 남성특정비뇨기계질환입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 남성특정비뇨기계질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 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 남성특정비뇨기계질환입원일당 중 해당 질병과 관련한 남성특정비뇨기계질환입원일당을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정)

① 「남성특정비뇨기계질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「남성특정비뇨기계질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표36(남성특정비뇨기계질환분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「남성특정비뇨기계질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「남성특정비뇨기계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가

질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「남성특정비뇨기계질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「남성특정비뇨기계질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「남성특정비뇨기계질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「남성특정비뇨기계질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「남성특정비뇨기계질환」으로 진단된 경우에는 이는 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

44. 남성특정비뇨기계질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「남성특정비뇨기계질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 남성특정비뇨기계질환수술비로 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 남성특정비뇨기계질환수술비 중 해당 질병과 관련한 남성특정비뇨기계질환수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(남성특정비뇨기계질환의 정의 및 진단확정)

① 「남성특정비뇨기계질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「남성특정비뇨기계질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표36(남성특정비뇨기계질환분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「남성특정비뇨기계질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「남성특정비뇨기계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

45. 간질환입원일당(1일이상)보장 특별약관

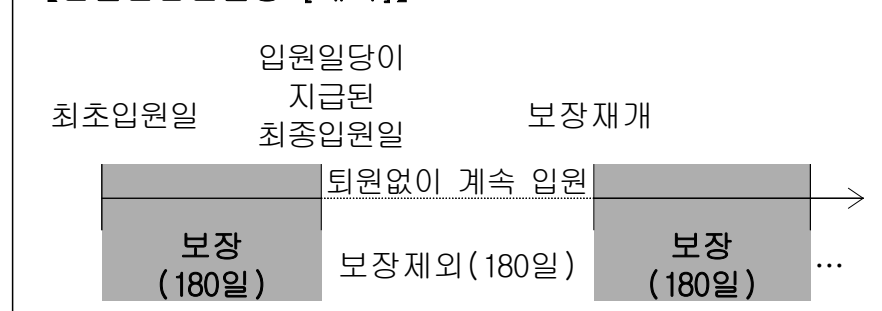
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「간질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.
- ② 동일한 「간질환」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「간질환」에 대한 입원이라도 간질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간질환입원일당 [예시]】



- ④ 피보험자가 간질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 간질환을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「간질환」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간질환입원일당의 전부 또는 일

부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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 간질환입원일당 중 해당 질병과 관련한 간질환입원일당을 지급하지 않습니다.

⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(간질환의 정의 및 진단확정)

① 「간질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「간질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표37(간질환 분류표)】에서 정한 바이러스성 간염, 간의 질환, 거대세포바이러스간염 및 독소포자충 간염을 말합니다.

② 제1항의 「간질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한

회사가 「간질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

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

② 이 특별약관에 있어서 「간질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「간질환」으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「간질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「간질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「간질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「간질환」으로 진단된 경우에는 이는 「간질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

46. 간질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「간질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 간질환수술비로 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 간질환수술비 중 해당 질병과 관련한 간질환수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(간질환의 정의 및 진단확정)

① 「간질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「간질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표37(간질환 분류표)】에서 정한 바이러스성 간염, 간의 질환, 거대세포바이러스간염 및 특소포자충 간염을 말합니다.

② 제1항의 「간질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「간질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

47. 특정희귀난치성질환입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정희귀난치성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 특정희귀난치성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 「특정희귀난치성질환」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「특정희귀난치성질환」에 대한 입원이라도 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 같이 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 특정희귀난치성질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 특정희귀난치성질환입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「특정희귀난치성질환」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 특정희귀난치성질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 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 특정희귀난치성질환입원일당 중 해당 질병과 관련한 특정희귀난치성질환입원일당을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)

① 「특정희귀난치성질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정희귀난치성질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표38(특정희귀난치성질환분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「특정희귀난치성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가

질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「특정희귀난치성질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「특정희귀난치성질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「특정희귀난치성질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「특정희귀난치성질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「특정희귀난치성질환」으로 진단된 경우에는 이는 「특정희귀난치성질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

48. 특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정희귀난치성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환수술비로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 특정희귀난치성질환수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

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 특정희귀난치성질환수술비 중 해당 질병과 관련한 특정희귀난치성질환수술비를 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, 청약일 부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)

① 「특정희귀난치성질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정희귀난치성질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표38(특정희귀난치성질환분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「특정희귀난치성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

49. 30대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「30대질병」으로 진단확정되고 그 「30대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 30대질병수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액	
		가입후 1년미만	가입후 1년이상
A	당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 신부전, 폐렴, 결핵 수술시	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%
B	백내장, 녹내장, 황반변성 수술시	보험가입 금액의 5%	보험가입 금액의 10%
C	담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 중이의 진주종, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물(D13), 중아·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물 수술시	보험가입 금액의 5%	보험가입 금액의 10%

② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술 개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 30대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

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 30대질병수술비 중 해당 질병과 관련한 30대질병수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(30대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「30대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 30대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표39(30대질병 분류표)】에서 정한 당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 신부전, 폐렴, 결핵, 백내장, 녹내장, 황반변성, 담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 종이의 진주종, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물(D13), 중아·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물을 말합니다.

② 「30대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사

(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

50. 16대특정암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【보장개시일】

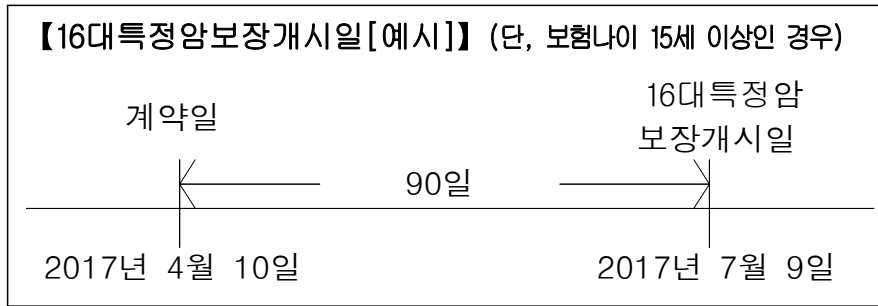
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(16대특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 16대특정암(이하 「16대특정암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「16대특정암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

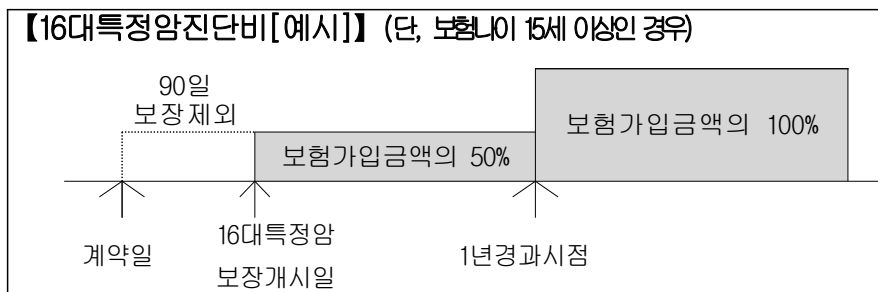
- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우



제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 16대특정암보장개시일 이후에 「16대특정암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 16대특정암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
16대특정암 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)



② 피보험자가 16대특정암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 16대특정암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 16대특정암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 16대특정암진단비 중 해당 질병과 관련한 16대특정암진단비를 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 보

통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(16대특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「16대특정암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「16대특정암」으로 분류되는 질병으로 【별표40(16대특정암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 흉선의 악성신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물, 종피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 소장 및 대장의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의분류에서 제외합니다.

② 「16대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 16대특정암진단비로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 16대특정암보장개시일의 전일 이전에 「16대특정암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 16대특정암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일 및 16대특정암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

51. 관절염·생식기질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「관절염·생식기질환」으로 진단확정되고 그 「관절염·생식기질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 관절염·생식기질환수술비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
관절염, 생식기질환 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

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 관절염·생식기질환수술비 중 해당 질병과 관련한 관절염·생식기질환수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(관절염·생식기질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「관절염·생식기질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 관절염·생식기질환으로 분류되는 질병으로, 【별표45(관절염·생식기질환) 분류표】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「관절염·생식기질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「관절염·생식기질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

52. 치핵수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「치핵」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 치핵수술비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
치핵수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

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 치핵수술비 중 해당 질병과 관련한 치핵수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(치핵의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「치핵」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 치핵 및 항문주위 정맥의 혈전증으로 분류되는 질병으로, 【별표46(치핵 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「치핵」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「치핵」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

53. 갱신형 암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

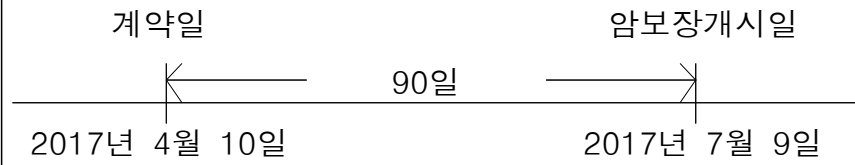
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금의 지급사유)

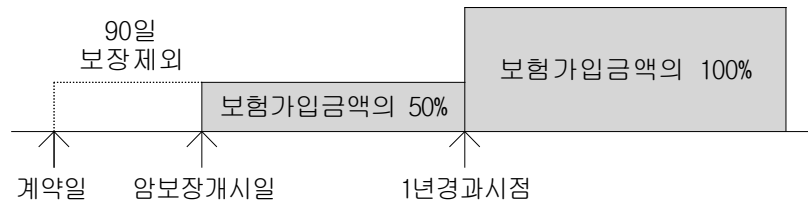
① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암진단비를 지급합니다. 다만, 「암 등의 질병」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「암 등의 질병」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 5% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

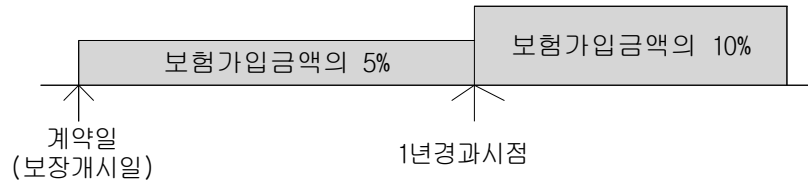
다만, 「암」 진단확정 후 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 제자리암진단비, 기타피부암진단비, 경계성종양진단비 또는 갑상선암진단비는 지급하지 않으며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정후 「암」으로 진단 확정시에는 암진단비를 지급합니다.

【암 진단비[예시]】 (단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

다만, 「암」 진단확정 후 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 제자리암진단비, 기타피부암진단비, 경계성종양진단비 또는 갑상선암진단비는 지급하지 않으며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정후 「암」으로 진단 확정시에는 암진단비를 지급합니다.

③ 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암」으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암진단비 중 해당 질병과 관련한 암진단비를 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 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피

부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(계약의 무효)

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

① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회

사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

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

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」 진단시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

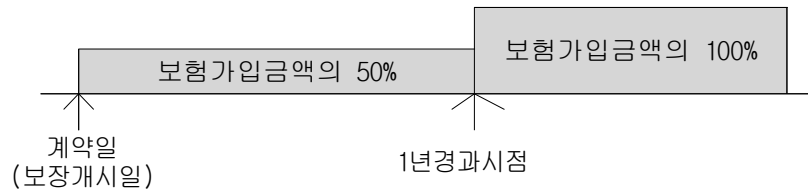
54. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【뇌졸중진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌졸중으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌졸중진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌졸중진단비를 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 뇌졸중진단비 중 해당 질병과 관련한 뇌졸중진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로

【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

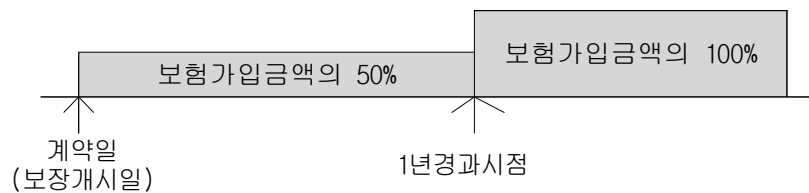
55. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 급성심근경색증진단비를 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【급성심근경색증진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
급성심근경색증 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 급성심근경색증진단비를 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 급성심근경색증진단비 중 해당 질병과 관련한 급성심근경색증진단비를 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, 청약일 부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무

배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

②「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

56. 갱신행 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

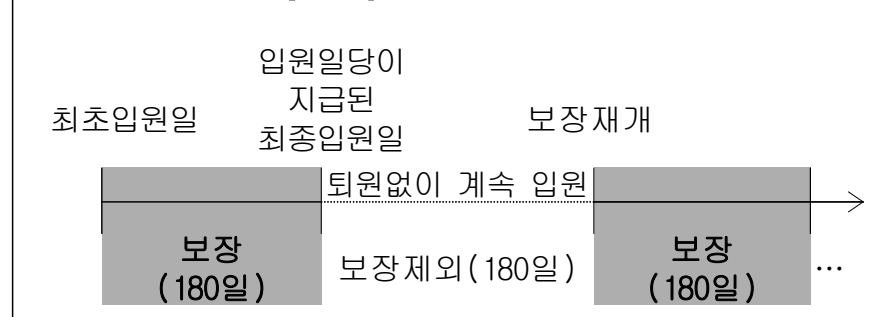
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 질병입원일당 [예시] 】



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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 질병입원일당 중 해당 질병과 관련한 질병입원일당을 지급하지 않습니다.

⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

57. 갱신형 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

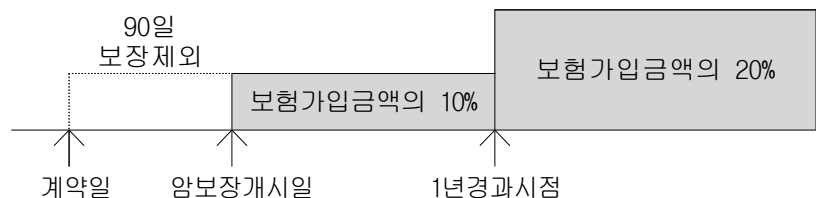
- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

[illegible]

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(1)으로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

< 암 >



- 384 -

구분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 20%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(Ⅰ)이 지급되지 않습니다.
- ② 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암수술비(Ⅰ) 중 해당 질병과 관련한 암수술비(Ⅰ)을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병

사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」 이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」 이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」 이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」 이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가

치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

58. 갱신형 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

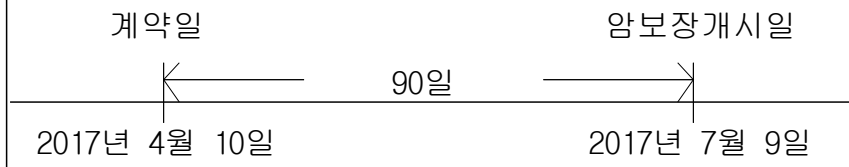
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)

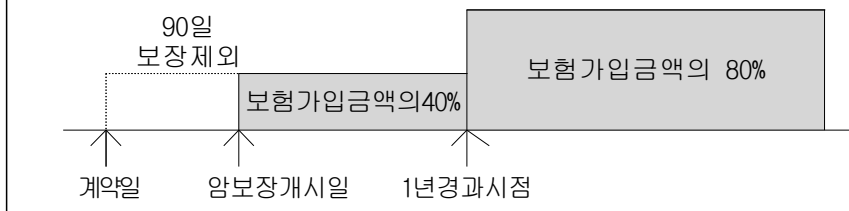


제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(Ⅱ)를 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 수술시	보험가입금액의 40% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암수술비(Ⅱ)[예시]】 (단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암수술비(Ⅱ) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(Ⅱ)로 지급합니다.

구분	지급금액
암 수술시	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(Ⅱ)이 지급되지 않습니다.
- ② 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암수술비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 암수술비(Ⅱ)를 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라

하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 「수술」에서 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외됩니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하

여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

59. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암 보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)

계약일 암보장개시일

A horizontal timeline with two vertical tick marks. The left tick mark is labeled "2017년 4월 10일" below it. Above it is the label "계약일". A double-headed arrow spans the distance between the two tick marks, with the label "90일" centered above it. The right tick mark is labeled "2017년 7월 9일" below it. Above it is the label "암보장개시일".

2017년 4월 10일 2017년 7월 9일

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

다만, 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암 항암방사선약물치료비 또는 갑상선암 항암방사선약물치료비는 지급하지 않으며, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

【항암방사선약물치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >

90일
보장제외

계약일

암보장개시일

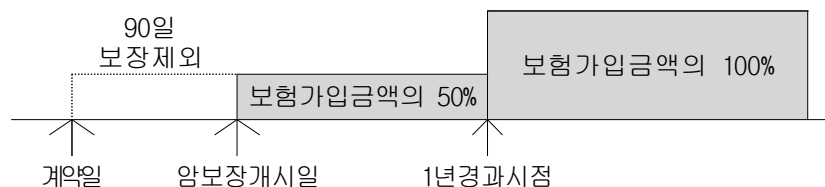
1년경과시점

보험가입금액의 50%

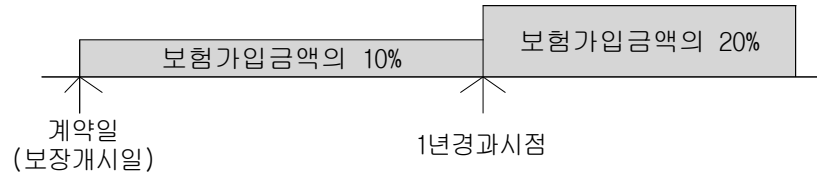
보험가입금액의 100%

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 기타피부암 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 항암방사선·약물치료시에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 항암방사선약물치료비 중 해당 질병과 관련한 항암방사선약물치료비를 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, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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 소

속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양 병원, 종합병원

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성 신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험 계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

60. 갱신형 암직접치료입원일당(4일이상)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

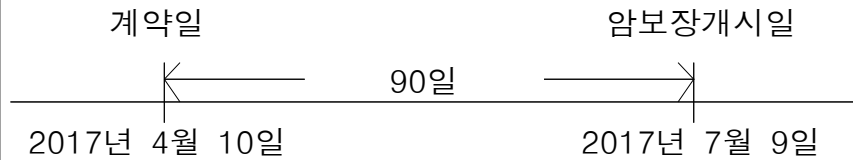
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금의 지급사유)

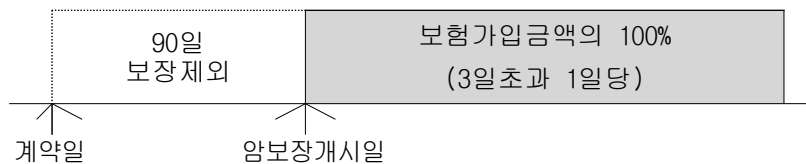
회사는 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속입원하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

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

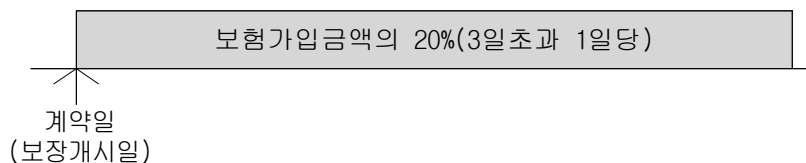
【암직접치료입원일당(4일이상)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을

한도로 합니다.

② 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원일당 중 해당 질병과 관련한 암직접치료입원일당을 지급하지 않습니다.

⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학

의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하

지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

61. 갱신헌 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 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 질병수술비 중 해당 질병과 관련한 질병수술비를 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신헌 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.

④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 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 수술한 경우(000~099)

④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)

⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 단순한 피로 또는 권태

④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등

선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 고골음(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

⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

62. 암직접치료입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

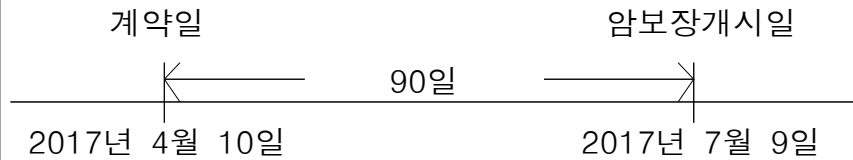
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금의 지급사유)

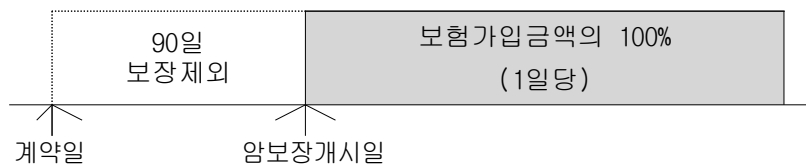
회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속입원하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 20%

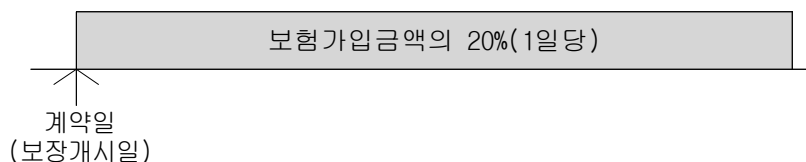
【암직접치료입원일당(1일이상)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을

한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원일당 중 해당 질병과 관련한 암직접치료입원일당을 지급하지 않습니다.

⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학

의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

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

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

63. 갱신형 암직접치료입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

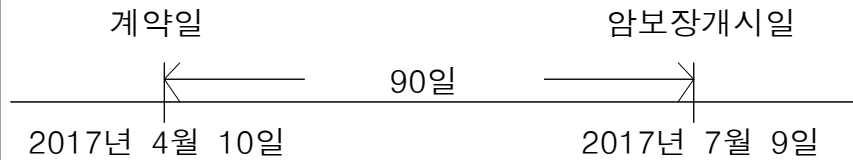
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금의 지급사유)

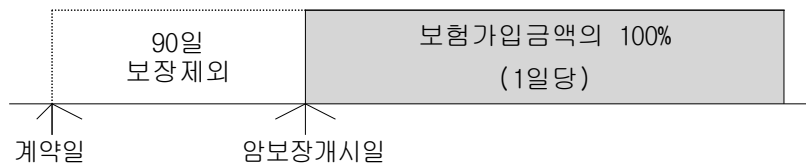
회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속입원하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 20%

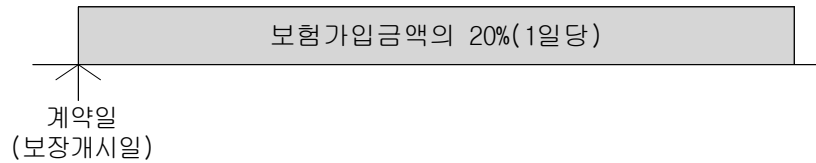
【암직접치료입원일당(1일이상)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원일당 중 해당 질병과 관련한 암직접치료입원일당을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 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, 청약

일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는

미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사가「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암 등의 질병」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

64. 2대질병입원일당(1일 이상)보장 특별약관

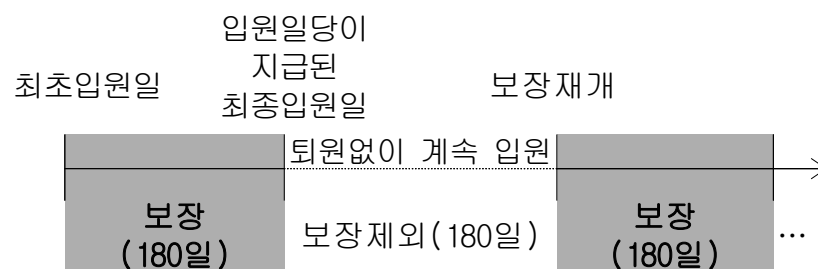
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「2대질병」으로 진단확정되고 그 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 2대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.
- ② 동일한 「2대질병」 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「2대질병」에 대한 입원이 라도 2대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【2대질병입원일당[예시]】



- ④ 피보험자가 「2대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 2대질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 2대질병입원일당의 전부 또는

일부를 지급하지 않습니다.

㉓ 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 「2대질병」으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 2대질병입원일당 중 해당 질병과 관련한 2대질병입원일당을 지급하지 않습니다.

㉔ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 「2대질병」이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 「2대질병」으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

㉕ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉖ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉗ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「2대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 「뇌졸중」이라 함은 【별표7(뇌졸중대상 질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대

뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「급성심근경색증」이라 함은 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

④ 「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「2대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자

가 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후 기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

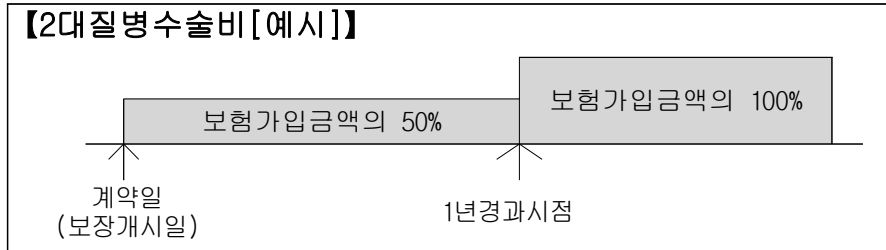
65. 2대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「2대질병」으로 진단확정되고 그 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 2대질병수술비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
2대질병으로 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【2대질병수술비[예시]】



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 2대질병수술비 중 해당 질병과 관련한 2대질병수술비를 지급하지 않습니다.
- ② 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사

가 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「2대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 「뇌졸중」이라 함은 【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「급성심근경색증」이라 함은 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

④ 「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가

치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

66. 질병장애(1~2급)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단 확정된 질병으로 「장애인 복지법 시행령」 제2조 및 「장애인 복지법 시행규칙」 제2조(【별표47(장애인의 장애등급표)】 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다. 【별표48(장애인의 종류 및 기준)】 참조)으로 등록되었을 때 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 질병장애(1~2급)진단비로 지급합니다.

【장애인 복지법 제2조(장애인의 정의 등)】

- ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
- ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.
 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【장애인 복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

- ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.
- ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

【장애인 복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

- ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같

다.

- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 (【별표49(장애등급 판정시기)】 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 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)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 (【별표50(중복장애 합산시 상향조정된 장애등급)】 참조)에 해당되는 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) 질병장애(1~2급)진단비 중 해당 질병과 관련한 질병장애(1~2급)진단비를 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 장애인 등록증
- ③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에만함)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애인등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병장애(1~2급)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는

회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

67. 질병장애(1~3급)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단 확정된 질병으로 「장애인 복지법 시행령」 제2조 및 「장애인 복지법 시행규칙」 제2조(【별표47(장애인의 장애등급표)】 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다. 【별표48(장애인의 종류 및 기준)】 참조)으로 등록되었을 때 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 질병장애(1~3급)진단비로 지급합니다.

【장애인 복지법 제2조(장애인의 정의 등)】

- ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
- ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.
 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【장애인 복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

- ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.
- ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

【장애인 복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

- ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같

다.

- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 (【별표49(장애등급 판정시기)】참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 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)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 (【별표50(중복장애 합산시 상향조정된 장애등급)】참조)에 해당되는 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) 질병장애(1~3급)진단비 중 해당 질병과 관련한 질병장애(1~3급)진단비를 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 장애인 등록증
- ③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에만함)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애인등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병장애(1~3급)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는

회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

68. 질병장애(4~6급)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단 확정된 질병으로 「장애인 복지법 시행령」 제2조 및 「장애인 복지법 시행규칙」 제2조(【별표47(장애인의 장애등급표)】 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, 4급, 5급 또는 6급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다. 【별표48(장애인의 종류 및 기준)】 참조)으로 등록되었을 때 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 질병장애(4~6급)진단비로 지급합니다.

【장애인 복지법 제2조(장애인의 정의 등)】

- ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
- ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.
 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【장애인 복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

- ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 **별표 1**에서 정한 자를 말한다.
- ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

【장애인 복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

- ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같

다.

- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 (【별표49(장애등급 판정시기)】참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 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)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 (【별표50(중복장애 합산시 상향조정된 장애등급)】참조)에 해당되는 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) 질병장애(4~6급)진단비 중 해당 질병과 관련한 질병장애(4~6급)진단비를 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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.

⑤ 제4항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 장애인 등록증
- ③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에만함)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애인등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병장애(4~6급)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는

회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

69. 결핵진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「결핵」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 결핵진단비로 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 결핵진단비 중 해당 질병과 관련한 결핵진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(결핵의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「결핵」이라 함은 제7차 한국표준 질병사인분류에 있어서 「결핵」으로 분류되는 질병으로 【별표51(결핵분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「결핵」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

70. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비로 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 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 중 해당 질병과 관련한 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(약제내성결핵(슈퍼결핵포함)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 분류되는 질병으로 【별표52(약제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

71. 질병수술비(4일이상 입원수술)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 같은 질병으로 아래 경우에 모두 해당되는 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(4일이상 입원수술)로 지급합니다.

- ① 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 4일이상 입원하여 퇴원하는 경우
- ② 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병수술비는 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 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 질병수술비 중 해당 질병과 관련한 질병수술비를 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 소

속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양 병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

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

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성 질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술에 대하여는 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 수술한 경우(000~099)
- ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)

④ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술,

지방흡입술, 주름살제거술 등

- ㉠ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- ㉡ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 (국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
- ㉢ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

72. 재진단암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(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.

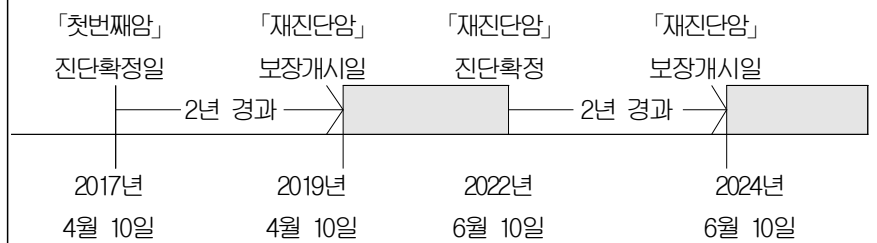
- ④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)에서 정한 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」에 대한 보장개시일(이하 「재진단암보장개시일」이라 합니다)은 다음 각 호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 재진단암 : 「첫번째암보장개시일」 이후 최초로 발생한 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 「첫번째암」이

라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

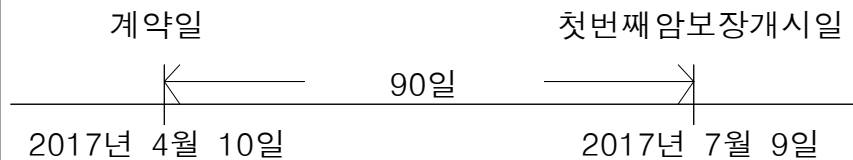
- ② 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다) 이 지난 날의 다음날

【재진단암보장개시일[예시]】



⑤ 「첫번째암보장개시일」이라 함은 제1항에서 정한 보장개시일을 말합니다. 그럼에도 불구하고 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험계약일을 기준으로 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)에서 정한 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외))은 「재진단암」이라 합니다)
- ② 피보험자가 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 재진단암진단비 중

해당 질병과 관련한 재진단암진단비를 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 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의

악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「전립선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후「첫번째암」또는「재진단암」진단확정일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 제1호에서「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로「첫번째암」또는「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

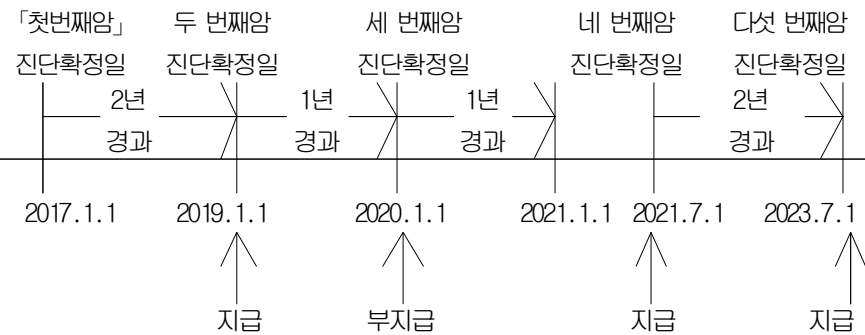
④ 제1항 제3호에서「재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」이란 「첫번째암」또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암

으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

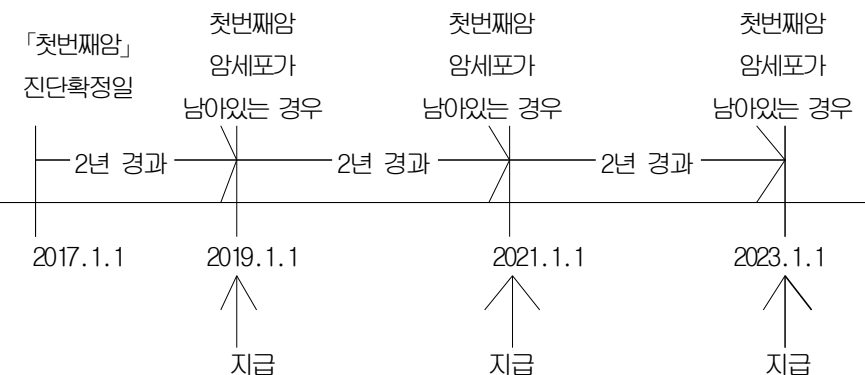
【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



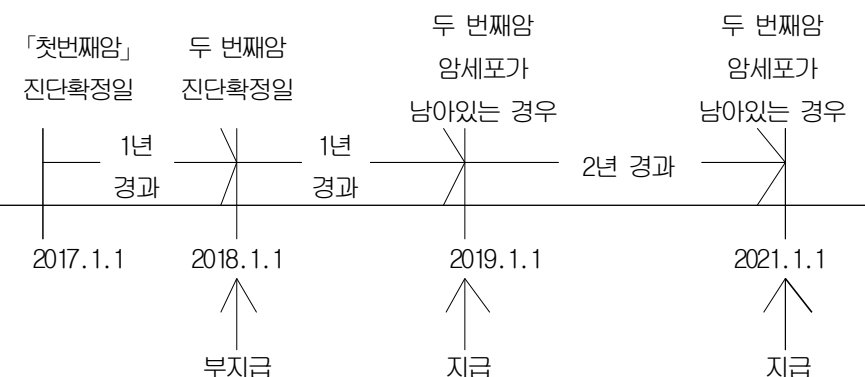
【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



⑥ 「재진단암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전

문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

재진단암의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

- ① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한한다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제9조(계약의 무효)

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

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 「첫번째암보장개시일」의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

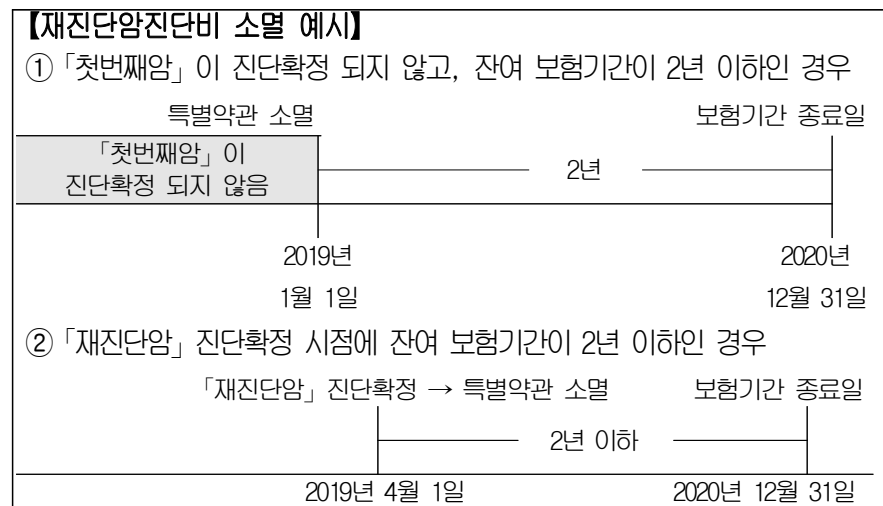
제10조(특별약관의 소멸)

① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
- ② 「재진단암」이 진단확정 되어 재진단암진단비가 지급 되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

② 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

73. 다발경화증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「다발경화증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다발경화증진단비로 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 다발경화증진단비 중 해당 질병과 관련한 다발경화증진단비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(다발경화증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「다발경화증(Multiple Sclerosis)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 다발경화증(분류번호 G35)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「다발경화증」의 진단확정은 의료법 제3조 의료기관의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌척수액검사(CSF), 자기공명영상(MRI), 뇌유발전위검사(Brain E-P) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 ‘다발경화증’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 다발경화증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

74. 갱신헌 재진단암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

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

- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

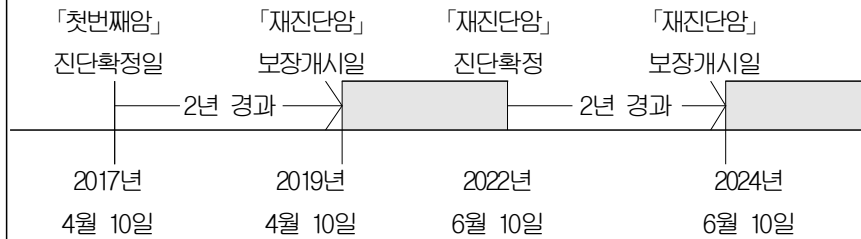
- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

- ④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)에서 정한 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」에 대한 보장개시일(이하「재진단암보장개시일」이라 합니다)은 다음 각 호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 「재진단암」 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

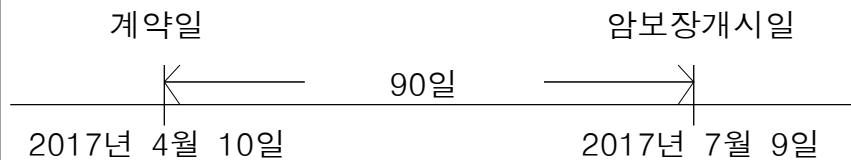
② 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

【재진단암보장개시일[예시]】



⑤ 「첫번째암보장개시일」이라 함은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)에서 정한 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외))은 「재진단암」이라 합니다)

② 피보험자가 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 재진단암진단비 중 해당 질병과 관련한 재진단암진단비를 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 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류

표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 정한 「전립선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암)분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「재진단암」 진단확정일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 3호에서 「재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의

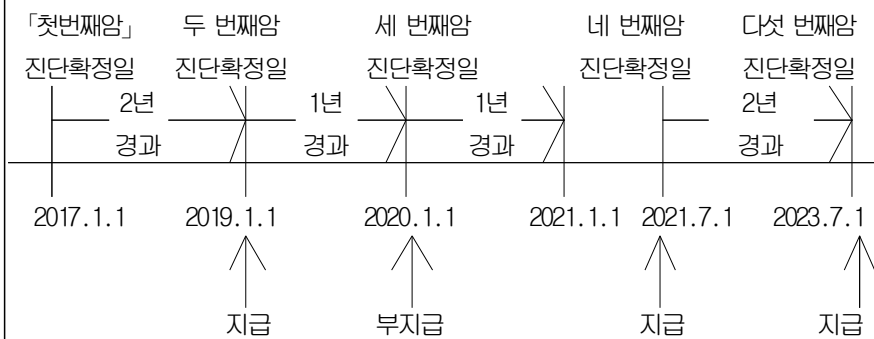
암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「재진단암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료 시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

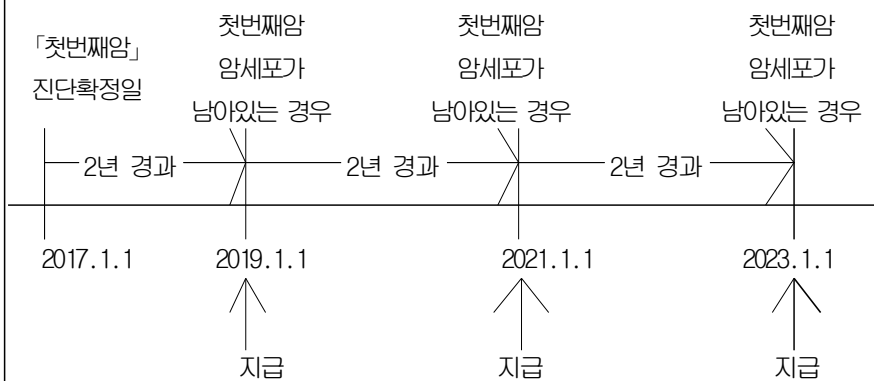
【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



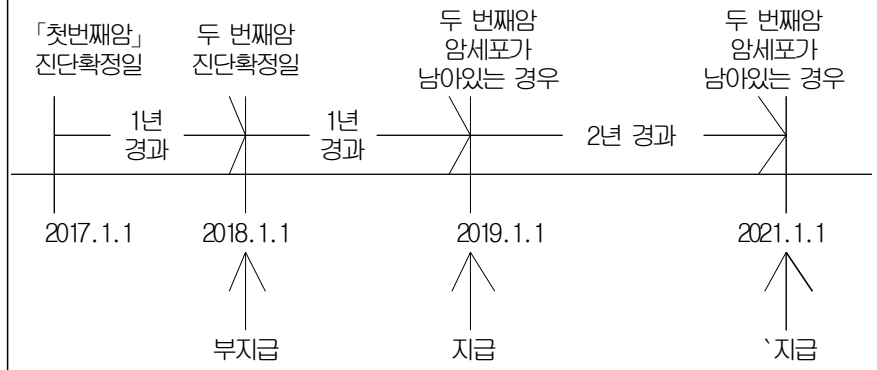
【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일 부터 2년 내에 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(수술의 정의와 장소)

① 이 약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제9조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제10조(계약의 무효)

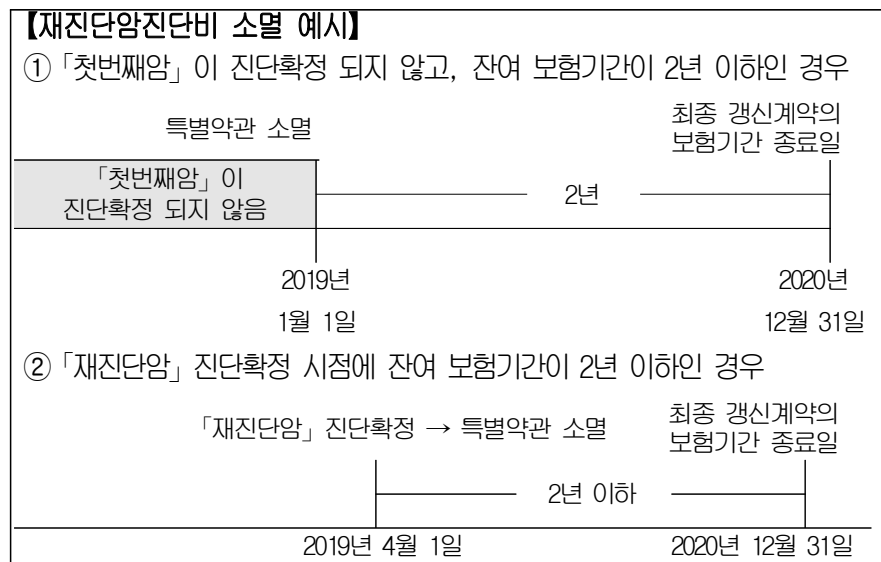
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우
- ② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 최종 갱신된 특별약관의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
- ② 「재진단암」이 진단확정 되어 재진단암진단비가 지급되고, 최종 갱신된 특별약관의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우



② 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 자동갱신)

① 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가

없을 때에는 종전의 특별약관이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 특별약관 체결시 계약의 자동갱신을 선택하였을 것
 - ② 갱신될 특별약관(이하 「갱신평약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
 - ③ 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
 - ④ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료되었을 것
 - ⑤ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것
- ② 갱신평약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-2세)까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
- ④ 회사는 갱신평약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험료율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신평약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신평약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅲ. 상해 및 질병 관련 특별약관

1. 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 「5대장기이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 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 5대장기이식수술비 중 해당 질병과 관련한 5대장기이식수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(5대장기이식수술의 정의)

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

2. 유방절제수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 【별표16(유방절제수술 분류표)】에서 정한 「유방절제수술(Total Mastectomy)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「유방절제수술(Total Mastectomy)」은 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.
- 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 유방절제수술비 중 해당 질병과 관련한 유방절제수술비를 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자

가 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

⑤ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑥ 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

3. 인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 아래에 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 인공관절수술비로 지급합니다.

① 고관절(엉덩이관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 「인공관절치환술」을 받은 경우

② 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 「인공골두삽입술」을 받은 경우

② 제1항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

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 인공관절수술비 중 해당 질병과 관련한 인공관절수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약

의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

4. 각막이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 「각막이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 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 각막이식수술비 중 해당 질병과 관련한 각막이식수술비를 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(각막이식수술의 정의)

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 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

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

5. 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 「깁스(Cast)치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 깁스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 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 깁스치료비 중 해당 질병과 관련한 깁스치료비를 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(깁스(cast)치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 「깁스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

6. 장기요양급여금(1~4등급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 장기요양급여금(1~4등급)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

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 장기요양급여금(1~4등급) 중 해당 질병과 관련한 장기요양급여금(1~4등급)을 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장기요양상태」의 판정기준(이하 「장기요양상태 판정기준」이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정 등에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
- ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
- ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준

비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 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 가지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 2년 이내에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

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 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 보험증권

③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

⑤ 지정대리청구인은 제7항에 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 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자의 인감증명서
- ⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(1~4등급) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

7. 장기요양급여금(1~2등급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 장기요양급여금(1~2등급)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급 또는 2등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

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 장기요양급여금(1~2등급) 중 해당 질병과 관련한 장기요양급여금(1~2등급)을 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장기요양상태」의 판정기준(이하 「장기요양상태 판정기준」이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정 등에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
- ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
- ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준

비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 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 가지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 2년 이내에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

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 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 보험증권

③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

⑤ 지정대리청구인은 제7항에 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 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자의 인감증명서
- ⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(1~2등급) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

8. 장기요양급여금(1등급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 장기요양급여금(1등급)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

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 장기요양급여금(1등급) 중 해당 질병과 관련한 장기요양급여금(1등급)을 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장기요양상태」의 판정기준(이하 「장기요양상태 판정기준」이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정 등에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
- ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
- ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준

비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 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 가지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 2년 이내에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

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 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 보험증권

③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

⑤ 지정대리청구인은 제7항에 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 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자의 인감증명서
- ⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(1등급) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

9. 중증치매간병비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증치매상태」로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험가입금액 전액을 중증치매간병비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제3조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정되고 보험기간이 만료되더라도 보험기간 중 확정된 치매로 인한 「인지기능의 장애」가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 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 중증치매간병비 중 해당 질병과 관련한 중증치매간병비를 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)

① 「중증치매상태」라 함은 【별표27(치매 분류표)】에서 정한 치매로 진단 확정되고, 이로 인하여 「인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 「인지기능의 장애」라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K(Minimental state examination, Korean version), 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사 방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

① 한국형 간이인지기능검사(MMSE-K, 1989년)는 인지기능 선별검사로서 점수의 범위는 0~30점까지이며, 점수가 낮을수록 중증을 의미합니다.

② CDR척도(2001년)는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

③ 「중증치매상태」의 발생시의 진단은 피보험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 합니다.

④ 「중증치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자

- 가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 알코올 중독, 습관성 약물 및 환각제의 복용 및 사용
- ③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 2년 이내에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - ① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - ② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- 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 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 - ① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 - ② 보험증권
 - ③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 - ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로 서 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 서

료를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자의 인감증명서
- ⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매간병비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

10. 고도후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 또는 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 고도후유장해 생활자금으로 제2항에서 정한 생활자금 지급기간동안 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
상해 80%이상 후유장해 발생시 또는 질병 80%이상 후유장해 발생시	보험가입금액을 매월 생활자금 지급기간동안 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【생활자금 지급 예시】

(기준) 가입금액 : 10만원

보험종료연령 : 100세

보험금 지급사유 발생시 보험나이: 60세

→ 생활자금 지급기간 : 40년

총지급금액	지급기준	가입금액	1회 지급액
4,800만원	보험가입금액 × 480회 ^{주)}	10만원	10만원

주) 480회 = 40년 (=100세-60세) × 12회

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2017년 1월 31일

⇒ 보험금 지급일 : 2017년 2월 28일

다만, 상해로 보험금 지급사유가 발생한 후 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병에 대한 고도후유장해 생활자금은 지급하지 않습니다. 또한 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 후 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해에 대한 고도후유장해 생활자금은 지급하지 않습니다.

② 제1항의 생활자금 지급기간이라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 보험종료연령의 보험금 지급사유 발생해당일 이전까지의 기간을 말합니다. 다만, 생활자금 지급기간이 5년 미만인 경우 생활자금 지급기간은 5년으로 합니다.

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 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 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 고도후유장해 생활자금 중 해당 질병과 관련한 고도후유장해 생활자금은 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 고도후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제
10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니
다.

11. 응급실내원비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「응급환자」에 해당되어 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비로 지급합니다. 이 때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「응급환자」에 해당되지는 않으나 질병 또는 상해로 인하여 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비로 지급합니다. 이 때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 응급실내원비 중 해당 질병과 관련한 응급실내원비를 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, 청약일 부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 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 상해 관련 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, 스카이

다이빙, 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 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

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

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 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(000~099)

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(K60~K62, K64)

⑧ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

④ 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장 촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

③ 아래에 열거된 치료

1. 단순한 피로 또는 권태

2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호

흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi s), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

- ④ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
 - 1. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 2. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 3. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - 4. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 5. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
- ⑤ 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진료비계산서, 응급실기록지사본 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.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

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.

【응급의료에 관한 법률 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) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표1]응급증상 및 이에 준하는 증상

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·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한

- 함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상),
관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의
골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신
마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성
위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급
성 시력 손실
- 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 밖
에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아
고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려
운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말
한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하
여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이
물이 들어가 제거술이 필요한 환자

관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

12. 보험료납입지원 (고도후유장해 및 3대질병진단)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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.

【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.

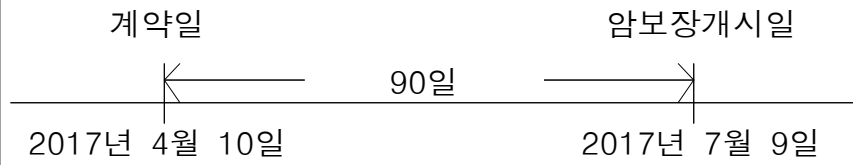
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 보험료납입지원금으로 제2항에서 정한 보험료 납입지원금 지급기간 동안 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

- ① 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ② 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 보험기간 중에 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되었을 경우
- ④ 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
- ⑤ 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우

구 분	지급금액
상해 80%이상 후유장해 발생시, 질병 80%이상 후유장해 발생시, 암진단시, 뇌졸중진단시 또는 급성심근경색증진단시	보험가입금액을 매월 보험료납입지원금 지급기간동안 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험료납입지원금 지급 예시】

(기준) 가입금액 : 10만원

보험기간 : 20년

보험금 지급사유 발생시 경과기간 : 3년

→ 보험료납입지원금 지급기간 : 17년

총지급금액	지급기준	가입금액	1회 지급액
2,040만원	보험가입금액 × 204회 ^{주)}	10만원	10만원

주) 204회 = 17년(20년-3년) × 12회

【보험료납입지원금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2017년 1월 31일

→ 보험금 지급일 : 2017년 2월 28일

② 제1항의 보험료납입지원금 지급기간이라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 만기일 이전까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료납입지원금 지급기간이 15년미만인 경우 보험료납입지원금 지급기간은 15년으로 합니다.

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 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 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험료납입지원금 중 해당 질병과 관련한 보험료납입지원금은 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 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.

⑤ 제4항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 보험료납입지원금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료납입지원금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험료납입지원금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 보험료납입지원금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑫ 계약자는 피보험자가 「암보장개시일」 이전에 「암」으로 진단확정된 경우에는 그 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내 이 특별약관을 취소할 수 있으며 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

⑬ 「암보장개시일」 이전에 「암」으로 진단확정되었으나, 제12항에 따라 계약자가 이 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 이 특별약관의 보장개시일부터 「암보장개시일」 이전에 진단확정된 「암」이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」으로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입지원금 지급사유가 발생한 경우라도 보험료납입지원금을 지급하지 않습니다.

다만, 청약일부터 「암보장개시일」 전일 이전에 「암」으로 진단 확정 받더라도 「암보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 「암」으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 「암보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표7(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험료납입지원금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅳ. 비용손해 관련 특별약관

1. 자가용운전자용 벌금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 보험수익자에게 1사고당 2,000만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 보험계약(공제를 포함합니다. 이하「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
- ④ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

2. 영업용운전자용 벌금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 보험수익자에게 1사고당 2,000만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 보험계약(공제를 포함합니다. 이하「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의

일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정

하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

3. 자가용운전자용 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 「변호사선임비용」이라 합니다.)를 「1사고」마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.

① 구속영장에 의하여 구속된 경우

② 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우

③ 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우

② 제1항의 「약식기소」라 함은 형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)에 의해 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

【형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)】

① 지방법원은 그 관할에 속한 사건에 대하여 검사의 청구가 있는 때에는 공판절차없이 약식명령으로 피고인을 벌금, 과료 또는 몰수에 처할 수 있다.

② 전항의 경우에는 추징 기타 부수의 처분을 할 수 있다.

③ 제1항의 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위

의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
- ④ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

4. 영업용운전자용 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하「변호사선임비용」이라 합니다.)를 「1사고」마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.

- ① 구속영장에 의하여 구속된 경우
- ② 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우
- ③ 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우

② 제1항의 「약식기소」라 함은 형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)에 의해 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

【형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)】

- ① 지방법원은 그 관할에 속한 사건에 대하여 검사의 청구가 있는 때에는 공판절차없이 약식명령으로 피고인을 벌금, 과료 또는 몰수에 처할 수 있다.
- ② 전항의 경우에는 추징 기타 부수의 처분을 할 수 있다.

③ 제1항의 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위

의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

5. 자가용운전자용 교통사고 처리지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우에는 보험수익자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

- ① 피해자를 사망하게 한 경우
- ② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
- ③ 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
- ② 제1항 제2호의 경우

구 분	지급금액
42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	1천만원
70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	2천만원
140일(20주)이상 진단시	3천만원

- ③ 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동

차로 보지 않습니다.

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
- ② 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자의 고의

- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
- ⑥ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계 관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
- ⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)】

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
 2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
 3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
 4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제

22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

6. 영업용운전자용 교통사고 처리지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우에는 보험수익자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

- ① 피해자를 사망하게 한 경우
- ② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
- ③ 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
- ② 제1항 제2호의 경우

구 분	지급금액
42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	1천만원
70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	2천만원
140일(20주)이상 진단시	3천만원

- ③ 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동

차로 보지 않습니다.

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
- ② 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자의 고의

- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할

경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
- ⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험 1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)】

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
 2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
 3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
 4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제

22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

7. 자가용운전자용 중상해 교통사고 처리지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 보험수익자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 중상해 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

① 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 중상해 교통사고 처리지원금은 피해자 1명당 3천만원을 한도로 합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되지 않는 사고를 말합니다.

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중상해 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
- ② 보험회사가 피해자에게 중상해 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(중상해 교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무

면허 상태에서 운전하던 중 사고

- ⑥ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계 관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
- ⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험 1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)】

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이

하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(중과실치상죄)와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(공소)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(구호)하는 등 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(유기)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
 2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
 3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
 4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
 5. 도로교통법 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
 6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
 7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도

로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

8. 영업용운전자용 중상해 교통사고 처리지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 보험수익자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 중상해 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

- ① 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 중상해 교통사고 처리지원금은 피해자 1명당 3천만원을 한도로 합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되지 않는 사고를 말합니다.

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중상해 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
- ② 보험회사가 피해자에게 중상해 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(중상해 교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계 관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장

래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)

- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
- ⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제 계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장 보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)】

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(중과실치상죄)

와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(공소)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(구호)하는 등 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(유기)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지

하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(歩道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

9. 영업용운전자용 면허정지보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허(이하 「면허」라 합니다)가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 보험수익자에게 면허정지기간동안 최고 60일을 한도로 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 면허정지보험금으로 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지보험금을 지급하지 않습니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차 손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)의 면허정지기간이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 다만, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로

자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험 1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

10. 영업용운전자용 면허취소보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허(이하 「면허」라 합니다)가 행정처분에 의해 취소되었을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- 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 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계 관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

11. 가족과실치사상벌금보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
- ② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」라 합니다)
- ③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
- ④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거 중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 대한민국 내에서 형법 제266조(과실치상) 또는 제267조(과실치사)에 따른 벌금형이 확정된 경우(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다) 1사고당 아래의 금액을 한도로 벌금액에 해당하는 금액을 지급합니다. 단, 피보험자가 2인 이상인 경우 각 피보험자별로 아래의 한도를 적용합니다.

구분	보상한도액
형법 제266조(과실치상)에 의한 벌금	500만원 한도
형법 제267조(과실치사)에 의한 벌금	700만원 한도

【형법 제266조(과실치상)】

- ① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

【형법 제267조(과실치사)】

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생

한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
- ② 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
- ③ 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
- ④ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
- ⑤ 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
- ⑥ 피보험자가 형법 제260조(폭행), 제261조(특수폭행)과 경합된 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

【형법 제260조(폭행, 존속폭행)】

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

【형법 제261조(특수폭행)】

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제4조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.
- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(고소장, 최종 확정판결문 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장 보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

12. 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 의료기관(병원 또는 의원 등, 한방병원 또는 한의원을 포함. 이하 같습니다)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따라 치료를 받고 보험기간 종료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 제1항에 따라 보상합니다.

③ 제1항의 「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
- ② 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
- ③ 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용

- 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.
- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

13. 화재벌금보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 대한민국 내에서 형법 제170조(실화) 혹은 동법 제171조(업무상실화, 중실화)에 따른 벌금형이 확정 판결 되었을 때 1사고마다 아래의 금액을 한도로 벌금형에 해당하는 금액을 피보험자에게 지급합니다.

구분	보상한도액
형법 제170조에 의한 벌금	1,500만원 한도
형법 제171조에 의한 벌금	2,000만원 한도

【형법 제170조(실화)】

- ① 과실로 인하여 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인의 소유에 속하는 제166조에 기재한 물건을 소훼한 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 과실로 인하여 자기의 소유에 속하는 제166조 또는 제167조에 기재한 물건을 소훼하여 공공의 위험을 발생하게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제171조(업무상실화, 중실화)】

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
- ② 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
- ③ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의

방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

14. 민사소송법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

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

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표41(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
 - ② 민사소송법 등 인지법에 정한 인지액(【별표42(민사소송법 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
 - ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표43(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송))】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송

- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

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

【연간 하나의 사건】

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

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)

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

【소의 취하】

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

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

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

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
- ② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
- ③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우
- ④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

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

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

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며,

또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.
이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

15. 임대차보증금 법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 임대차보증금과 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
임대차보증금과 관련된 소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

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

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표41(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
 - ② 민사소송법 등 인지법에 정한 인지액(【별표42(민사소송법 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
 - ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표43(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송))】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제

기된 소송

- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약품구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

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

【연간 하나의 사건】

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

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심, 이송은 제외합니다)

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

【소의 취하】

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

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

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

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
- ② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
- ③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우
- ④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

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

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

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며,

또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.
이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

16. 부동산소유권 법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 부동산소유권과 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
부동산소유권과 관련된 소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

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

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표41(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
 - ② 민사소송법 등 인지법에 정한 인지액(【별표42(민사소송법 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
 - ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표43(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송))】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송

- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

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

【연간 하나의 사건】

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

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심, 이송은 제외합니다)

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

【소의 취하】

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

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

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

제5조(손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우

에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

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

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

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

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

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며,

또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.
이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

17. 행정소송법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

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

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표41(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사

보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

- ② 민사소송법 등 인지법에 정한 인지액(【별표42(민사소송법 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
- ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표44(송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송))】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 중국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 행정소송법(행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 포함합니다)에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송

- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우
- ⑫ 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑬ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑭ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑮ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑯ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
- ⑰ 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대방에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑱ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
- ⑲ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑳ 「국민투표무효소송 및 공직선거 및 선거부정방지법」에 정한 선거 무효소송(공직선거법 제222조) 및 「당선무효소송」(공직선거법 제223조)
- ㉑ 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위해 제기하는 소송
- ㉒ 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서의 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효 소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
- ㉓ 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

【소송의 원인이 되는 사건】

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

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제4조(소송 등의 정의) 제2항에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법^{주)}에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)

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

【소의 취하】

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

【소의 각하】

민사소송법^{주)} 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법^{주)} 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법^{주)} 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법^{주)} 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을

회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)

- ② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
- ③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우
- ④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우
(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지

급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

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

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

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

- ① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
- ② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

18. 자가용운전자용 중상해제외 교통사고 처리지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우에는 보험수익자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

- ① 피해자를 사망하게 한 경우
- ② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

② 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
- ② 제1항 제2호의 경우

구 분	지급금액
42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	1천만원
70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	2천만원
140일(20주)이상 진단시	3천만원

【용어풀이】

- 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
- 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
- ② 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
- ⑥ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계 관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있

는 서류

⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)】

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 도로교통법 제

54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금

지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(歩道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

19. 영업용운전자용 중상해제외 교통사고 처리지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우에는 보험수익자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

- ① 피해자를 사망하게 한 경우
- ② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

② 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
- ② 제1항 제2호의 경우

구 분	지급금액
42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	1천만원
70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	2천만원
140일(20주)이상 진단시	3천만원

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하 「건설기계」라 합니다)을 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 「중대법규위

반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
- ② 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서
- ⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있

는 서류

⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)】

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 도로교통법 제

54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금

지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(歩道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

V. 재물손해 관련 특별약관

재물손해 관련 특별약관 일반조항

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 회사 사이에 피보험자가 보험의 목적에 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다)로 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

- ㉠ 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- ㉡ 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- ㉢ 피보험자: 보험사고로 인하여 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
- ㉣ 보험의 목적: 이 약관에 따라 보험에 가입한 물건으로 보험증권에 기재된 건물 등을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

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

③ 보상 관련 용어

- ㉠ 보험가입금액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금을 말합니다.
- ㉡ 보험가액: 재산보험에 있어 피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험의 목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다.(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
- ㉢ 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
- ㉣ 보험금 분담: 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니

다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

- ㉔ 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 보험의 목적에 손해가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않습니다.
- ③ 회사가 제1항에 대한 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자 등 인근 주민의 확인서)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ④ 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제6조(손해방지의무)

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

제7조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제8조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제9조(잔존물)

회사가 잔존물을 인수하지 않을 뜻을 나타내고 손해를 보상한 경우에는 그 잔존물은 피보험자의 소유가 됩니다.

제10조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며,

또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.
이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제11조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다. 이하 같습니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. (이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다)

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제12조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

- ① 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
- ② 보험의 목적을 양도할 때
- ③ 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
- ④ 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 변경되는 경우
- ⑤ 보험의 목적인 건물 또는 보험의 목적이 들어 있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워두거나 휴업하는 경우
- ⑥ 보험의 목적을 다른 장소로 옮길 때
- ⑦ 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는 「보험

료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

④ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 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 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유 했을 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 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제36조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게

지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 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 알려 드립니다.

⑤ 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제14조(사기에 의한 계약)

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

제15조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 타인의 보험이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제16조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(보험의 목적에 대한 조사)

회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험의 목적 또는 이들이 들어있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제18조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제36조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제19조(준용규정)

이 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제6조(보험금 지급사유의 통지), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제13조(보험수익자의 지정), 제14조(대표자의 지정), 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무), 제25조(계약의 소멸), 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

1. 화재손해보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관에 따라 보험의 목적이 화재로 입은 아래의 손해(이하 「화재손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 화재 및 폭발·파열에 따른 직접손해
- ② 화재 및 폭발·파열에 따른 소방손해(화재진압과정에서 발생하는 손해)
- ③ 화재 및 폭발·파열에 따른 피난손해(피난지에서 5일 동안에 보험의 목적에 생긴 제1호 및 제2호의 손해를 포함합니다)

【폭발·파열】

급격한 산화반응을 포함하는 파괴 또는 그 현상을 말합니다.

② 회사는 제1항에서 보장하는 위험으로 인하여 손해가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용을 추가로 지급합니다.

- ① 잔존물제거비용 : 사고현장에서의 잔존물의 해체비용, 청소비용 및 차에 실는 비용. 다만, 이 보험증권에서 보장하지 않는 위험으로 보험의 목적이 손해를 입거나 관계법령에 따라 제거됨으로써 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ② 손해방지비용 : 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용
- ③ 대위권 보전비용 : 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용
- ④ 잔존물 보전비용 : 잔존물을 보전하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용. 다만, 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」 제9조(잔존물)에 의해 회사가 잔존물을 취득한 경우에 한합니다.
- ⑤ 기타 협력비용 : 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용

【청소비용】

사고현장 및 인근지역의 토양, 대기, 수질 오염물질 제거비용과 차에 실은 후 폐기물 처리비용은 포함하지 않습니다.

③ 아래의 물건은 제1항의 보험의 목적에 포함되지 않습니다.

- ① 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와

비슷한 것

- ② 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다). 단 전시용 자동차는 제외합니다.

4] 아래의 물건은 보험증권에 기재하여야만 제1항의 보험의 목적이 됩니다.

- ① 귀금속, 귀중품, 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 단, 상품인 경우에는 보험증권에 기재하지 않더라도 보험의 목적이 됩니다.
- ② 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

【귀중품】

무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원이상

5] 아래의 물건은 다른 약정이 없으면 제1항의 보험의 목적에 포함됩니다.

- ① 건물인 경우
 - ㉠ 건물의 부속물: 피보험자 소유인 칸막이, 대문, 담, 공간 및 이와 비슷한 것
 - ㉡ 건물의 부착물: 피보험자 소유인 간판, 네온사인, 안테나, 선전탑 및 이와 비슷한 것
 - ㉢ 건물의 부속설비: 피보험자 소유인 전기, 가스, 난방, 냉방설비 및 이와 비슷한 것
- ② 건물이외 경우: 피보험자 또는 그와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물(생활용품, 집기·비품 등)

6] 주택을 제1항의 보험의 목적으로 하는 계약에서 보험의 목적이란 함은 아래의 물건을 말합니다.

- ① 주택으로만 쓰이는 건물 중 다음의 것 및 그 수용가재
 - ㉠ 단독주택(다중주택, 다가구주택 포함)
 - ㉡ 주택의 부속건물로서 가재만을 수용하는 건물
 - ㉢ 연립(다세대)주택 및 아파트(주상복합아파트 주거용도 부분 포함)로서 각 호(실)가 주택으로만 쓰이는 건물. 다만, 아파트에는 단지내 상가를 제외한 구내의 부대시설 또는 복리시설을 포함합니다.
- ② 주택병용 건물로서 아래의 용도로 사용하는 건물 및 그 수용가재
 - ㉠ 교습소(피아노, 꽃꽂이, 국악, 재봉 및 이와 비슷한 것)
 - ㉡ 치료(안수, 침구(침질, 뜸질), 정골, 조산원 및 이와 비슷한 것)

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보험의 목적에 아래와 같은 사유로 제1조(보상하는

손해)에서 정한 화재손해가 생긴 때에는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
- ② 계약자 또는 계약자의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
- ③ 화재 및 폭발·파열 사고가 났을 때 생긴 도난 또는 분실
- ④ 보험의 목적의 발효, 자연발열, 자연발화. 그러나 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상합니다.
- ⑤ 화재에 기인되지 않는 수도관, 수관 또는 수압기 등의 파열로 생긴 손해
- ⑥ 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 지진, 분화(噴火) 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
- ⑦ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
- ⑧ 제7호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
- ⑨ 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전기 및 그 밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해. 그러나 그 결과로 생긴 화재손해는 보상합니다.
- ⑩ 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다

제3조(보험금 등의 지급한도)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 손해에 의한 보험금과 제1조(보상하는 손해) 제2항의 비용손해 중 잔존물제거비용은 각각 제4조(지급보험금의 계산)을 준용하여 계산하며, 그 합계액은 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다. 다만, 잔존물제거비용은 손해액의 10%를 초과할 수 없습니다.

【부가설명】

- 가입금액 1,000만원
 - . 화재손해액 1,000만원
 - . 손해방지비용+대위권 보전비용+잔존물 보전비용 100만원
- 총 지급보험금 1,100만원

② 제1조(보상하는 손해) 제2항의 비용손해 중 손해방지비용, 대위권 보전비용 및 잔존물 보전비용은 제4조(지급보험금의 계산)을 준용하여 계산한 금액이 보험가입금액을 초과하는 경우에도 이를 지급합니다.

③ 제1조(보상하는 손해) 제2항의 비용손해 중 기타 협력비용은 보험가입금액을 초과한 경우에도 이를 전액 지급합니다.

제4조(지급보험금의 계산)

① 제1조(보상하는 손해)의 손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 계약의 보험가입금액을 한도로 손해액 전부(보험가액을 한도로 합니다)를 보상합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 같은 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 다른 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험의 목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

【부가설명】

보험목적A : 보험가액 6억 → 보험가입금액 3억
보험목적B : 보험가액 4억 → 보험가입금액 2억
(합계10억) (합계5억)
보험가입금액 5억 가입시

※ 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 손해를 보상한 경우에는 그 지급액이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)미만인 경우에는 남은 보험기간에 대한 이 특별약관의 보험가입금액은 감액되지 않으며, 보험가입금액인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험의 목적에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 보험의 목적이 둘 이상인 때에는 각각 제1항을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험 1707 보통약관을 따릅니다.

2. 도난손해보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 주택 내에 있는 동안 강도 또는 절도(그 미수를 포함합니다)로 인해 보험의 목적이 도난, 망가짐, 손상 또는 파손된 손해(이하 「도난손해」라 합니다)를 보상합니다.
- ② 회사는 도난당한 보험의 목적을 찾은 경우 그에 소요된 정당한 비용은 보상합니다.
- ③ 제1항의 보험의 목적이거나 함은 피보험자 또는 그와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물(생활용품, 집기·비품 등)을 말합니다.
- ④ 아래의 물건은 제1항의 보험의 목적에 포함되지 않습니다.
 - ① 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
 - ② 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다). 단 전시용 자동차는 제외합니다.
- ⑤ 아래의 물건은 보험증권에 기재하여야만 제1항의 보험의 목적이 됩니다.
 - ① 귀금속, 귀중품, 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 단, 상품인 경우에는 보험증권에 기재하지 않더라도 보험의 목적이 됩니다.
 - ② 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

【귀중품】

무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원이상

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보험의 목적에 아래와 같은 사유로 생긴 손해에 대하여 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
- ② 계약자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
- ③ 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인 또는 감수인(監守人)이 저지르거나 가담한 도난
- ④ 전쟁, 폭동, 소요 또는 이와 유사한 사변으로 생긴 도난
- ⑤ 화재나 지진, 분화, 해일, 폭발 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 도난
- ⑥ 보험의 목적이 건물구내 밖에 있는 동안 생긴 도난
- ⑦ 보험 목적물의 수용장소를 계속하여 72시간 이상 비워

제3조(지급보험금의 계산)

① 회사는 제1조(보상하는 손해)의 도난손해가 생긴 때에는 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 손해액 전액을 보상합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 같은 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 다른 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험의 목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

제4조(도난품의 귀속)

회사가 도난보험금을 지급하였을 때에는 도난당한 보험의 목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 소유권을 가집니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 그 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」 제4조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 도난신고 확인원(관할 경찰서장 발행)을 제출하여야 합니다.

제6조(보통약관과의 관계)

무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약의 소멸) 제1항에 따라 보통약관이 소멸된 때에도 불구하고 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 6대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 보험의 목적에 고장이 발생한 경우에 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.
- ② 제1항의 「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항의 「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지점점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.
- ④ 제1항의 보험의 목적이라 함은 TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전라레인지(이하 「6대가전제품」이라 합니다)를 말하며, 보험증권에 기재된 주소지에 소재된 주택에서 거주하며 사용하는 가정용제품에 한합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 원인의 직접, 간접에 관계없이 아래에 해당하는 손해는 보상하지 않습니다.
 - ① 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
 - ② 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해
 - ③ 국내 AS지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해 (AS지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)
 - ④ 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오·남용으로 인한 손해
 - ⑤ 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해
 - ⑥ 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)
 - ⑦ 도난, 분실 또는 망실로 인한 손해
 - ⑧ 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
 - ⑨ 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해

- ⑩ 제조사의 무상수리에 해당하는 손해.
- ⑪ 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해
- ⑫ 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해
- ⑬ 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
- ⑭ 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
- ⑮ 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해
- ⑯ 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용
- ⑰ 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해. 단, 무상수리의 대상이 되는 고장유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.
- ⑱ 보험 목적(가전제품)의 임의 분해 및 개조로 인한 손해
- ⑲ 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해
- ② 회사는 아래의 물품에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - ① 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사용중인 물품
 - ② 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
 - ③ 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임하에 있는 대여 또는 보관 물품
 - ④ 제조일로부터 10년을 초과한 제품

제3조(지급보험금의 계산)

- ① 회사는 1사고당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 보상하되, 자기부담금 2만원을 초과한 부분만 보상합니다.
- ② 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비 중 최저금액으로 합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 해당보험연도(보험계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 보상하는 보험금 총액은 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ④ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의

보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

- ① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 같은 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

- ② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 다른 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

제4조(보통약관과의 관계)

무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약의 소멸) 제1항에 따라 보통약관이 소멸된 때에도 불구하고 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「재물손해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

VI. 배상책임 관련 특별약관

배상책임 관련 특별약관 일반조항

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

- ㉠ 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- ㉡ 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- ㉢ 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

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

③ 보상 관련 용어

- ㉠ 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
- ㉡ 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
- ㉢ 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
- ㉣ 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
- ㉤ 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

제3조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
- ② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
- ③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 손해 및 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- ③ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【상법 제657조(보험사고발생의 통지의무)】

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 명하는 서류
- ④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제5조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 「지급 기일」이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제6조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제7조(보험금의 분담)

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

이 계약의 보상책임액

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

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

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

제8조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

- ① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
- ② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
- ③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 그 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

- ① 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
- ② 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
- ③ 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에만 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위로 증가된 손해

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 따라 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항

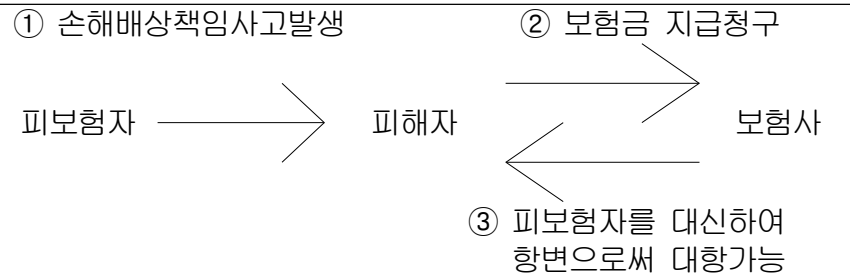
할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

【손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

제10조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

① 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해

배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때

② 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제11조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제12조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때

② 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

④ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 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 없

었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

⑤ 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제14조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기 할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제16조(준용규정)

이 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

1. 갱신형 자녀배상책임(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해 또는 재물의 손해를 입힘으로써 피보험자 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자의 법정감독 의무자가 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 피보험자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

【민법 제755조(감독자의 책임)】

- ① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정 의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독 의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

② 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉡ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉢ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - ㉣ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보

형료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

- ㉔ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 제2항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

- ① 제2항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.
- ② 제2항 제2호 ㉑, ㉒ 또는 ㉔의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
- ③ 제2항 제2호 ㉓ 또는 ㉔의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해를 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자와 동거하는 친족에 대한 배상책임
- ② 피보험자와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
- ③ 피보험자와 제3자간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
- ④ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서

그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임

- ⑤ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑥ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑦ 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관을 따릅니다.

2. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 제2항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 피보험자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

② 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
- ② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」라 합니다)
- ③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
- ④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

③ 위 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

④ 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8

조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉔ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉕ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

㉖ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

㉗ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

5 제4항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

① 제4항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.

② 제4항 제2호 ㉔, ㉕ 또는 ㉖의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

③ 제4항 제2호 ㉔ 또는 ㉖의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태

③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
- ② 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
- ③ 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
- ④ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
- ⑤ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
- ⑥ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상합니다.
- ⑦ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑧ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑨ 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
- ⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
- ⑪ 폭력행위로 인한 배상책임

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관을 따릅니다.

3. 갱신형 자녀배상책임(Ⅱ)(주택내 화재 및 폭발 제외)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해 또는 재물의 손해를 입힘으로써 피보험자 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자의 법정감독 의무자가 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 피보험자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

【민법 제755조(감독자의 책임)】

- ① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정 의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

② 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉡ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉢ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화

해 또는 조정에 관한 비용

㉔ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

㉕ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 제2항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

① 제2항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」손해를 더한 금액을 보상합니다.

② 제2항 제2호 ㉑, ㉒ 또는 ㉔의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

③ 제2항 제2호 ㉕ 또는 ㉔의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태

③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해를 보상하지 않습니다.

① 피보험자와 동거하는 친족에 대한 배상책임

② 피보험자와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임

③ 피보험자와 제3자간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경

우 그 약정에 따라 가중된 배상책임

- ④ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서 그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
- ⑤ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑥ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑦ 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
- ⑧ 주택 내에서의 화재 및 폭발로 생긴 손해에 대한 배상책임

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관을 따릅니다.

4. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)(주택내 화재 및 폭발 제외)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 제2항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 피보험자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

② 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
- ② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」라 합니다)
- ③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
- ④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

③ 위 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

④ 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8

조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉞ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉟ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

㊱ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

㊲ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

5 제4항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

① 제4항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.

② 제4항 제2호 ㉞, ㉞ 또는 ㊱의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

③ 제4항 제2호 ㉟ 또는 ㊱의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태

③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
- ② 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
- ③ 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장애로 인한 배상책임
- ④ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
- ⑤ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
- ⑥ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상합니다.
- ⑦ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑧ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑨ 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
- ⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
- ⑪ 폭력행위로 인한 배상책임
- ⑫ 주택 내에서의 화재 및 폭발로 생긴 손해에 대한 배상책임

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는

이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관을 따릅니다.

5. 화재(폭발포함)배상책임보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 보험의 목적에서 발생한 화재 또는 폭발사고로 타인의 신체 또는 재물에 대한 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다.

② 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)

② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

㉠ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉡ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제8조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉢ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

㉣ 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

㉤ 피보험자가 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 제2항의 손해에 대하여 매회의 사고마다 아래의 금액을 한도로 보험금을 지급합니다. 다만, 아래 제1호 단서를 제외하고는 실손해액을 한도로 합니다.

① 사망의 경우에는 피해자 1명당 10,000만원. 다만, 실손해액이 2,000만원 미만인 경우에는 2,000만원

② 부상의 경우에는 피해자 1명당 【별표34(화재(폭발포함)배상책임의 부상급별 지급보험금표)】에 정하는 금액

③ 부상에 대한 치료가 완료된 후에도 당해 부상이 원인이 되어 신체의 장해(이하 「후유장해」라 합니다.)가 생긴 때에는 피해자 1명당 【별표35(화재(폭발포함)배상책임의 후유장해급별 지급보험금표)】에 정하는 금액

④ 재산피해의 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 가입금액

④ 제2항의 손해에 대하여 하나의 사고로 제3항의 제1호 내

제3호 중 두가지 이상 발생한 경우 아래와 같이 지급합니다.

- ① 부상자가 치료 중에 당해 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 피해자 1명당 제3항 제1호에 따른 금액과 제3항 제2호에 따른 금액의 합산액을 지급합니다.
- ② 부상자에게 당해 부상이 원인이 되어 후유장해가 생긴 경우에는 피해자 1명당 제3항 제2호에 따른 금액과 제3항 제3호에 따른 금액의 합산액을 지급합니다.
- ③ 제3항 제3호에 따른 금액을 지급한 후 당해 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 피해자 1명당 제3항 제1호에 따른 금액에서 제3항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 나머지 금액을 지급합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 피보험자가 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가지는 사람에 대한 배상책임
- ② 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 따라 피보험자가 부담하게 될 배상책임을 보상합니다.
- ③ 티끌, 먼지, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임

- ④ 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑤ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
- ⑥ 에너지 및 관리할 수 있는 자연력, 상표권, 특허권 등 무체물에 입힌 손해에 대한 배상책임
- ⑦ 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용
- ⑧ 배출시설에서 통상적으로 배출되는 배수 또는 배기(연기를 포함합니다)로 생긴 배상책임
- ⑨ 선박 또는 항공기의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
- ⑩ 화재(폭발포함)사고를 수반하지 않은 자동차사고로 인한 배상책임

제3조(양도)

이 보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의한 경우 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 그러나 기명피보험자가 사망한 경우에는 법정대리인과 법정대리인이 선임될 때까지 재산관리인을 그 의무범위 내에서 피보험자로 합니다.

제4조(조사)

- ① 회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 중지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제5조(보통약관과의 관계)

무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약의 소멸) 제1항에 따라 보통약관이 소멸된 때에도 불구하고 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」을 따르고, 「배상책임 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅶ. 별표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제5항, 제10조 제3항 및 제36조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
고도후유장해보험금 (보통약관 제3조) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 보험금 포함)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 (보통약관 제10조 제1항) 및 해지환급금 (보통약관 제36조 제1항) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 해지환급금 포함)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : [보장]공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 회사가 만기환급금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 [보장]공시이율을 적용하여 계산한 이자를 지급합니다.

주2) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주3) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

주4) 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는

해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

장해분류표

① 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도

로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야

(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.

- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 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. 장해판정기준

- 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 순음 청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 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 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- 1) “컷바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 컷바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 컷바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

- 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. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은

위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.

- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴

- ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
- ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
- ④ 코의 1/2이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
- ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
- ④ 코의 1/4이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 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), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하

고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사(CT)에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일한 부위로 한다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 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 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
 - 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
 - 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
 - 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
 - 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
 - 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가 지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
- 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두

를 삽입한 경우

- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

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

- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

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

라) “약간의 장애”라 함은

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

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

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

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

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애	10

장애의 분류	지급률
를 남긴 때	
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10)한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11)한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12)한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의

동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애” 라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 익스션)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장애” 라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 익스션)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 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뺏조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우 (치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성 폐쇄성폐질환 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 지속적 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 말초신경계에 손상으로 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에

사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

- ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 위의 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 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
 - 감정의의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신건강의학과나 신경과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다.

간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 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 뇌 질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 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 잡지않고는 계단을 오르 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 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%)

유형	제한정도에 따른 지급률
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표3】

질병특정고도장해 판정기준

약관에서 정한 질병특정고도장해는 다음에 적은 장해상태를 말합니다. 각 장해상태의 세부 판정기준, 판정시기, 장해진단전문의 및 장해진단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급판정기준」을 따릅니다.

1. 팔·다리의 절단장해

- (1) 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- (2) 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 경우
- (3) 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

2. 팔·다리의 기능장해

- (1) 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
- (2) 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- (3) 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- (4) 한 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- (5) 두 팔을 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
- (6) 두 팔 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- (7) 두 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우
- (8) 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
- (9) 두 다리 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- (10) 두 다리의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을

말합니다.

3. 척추의 기능장애

- (1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분 이상 유지하기 어려운 경우

※ 척추의 기능장애는 척추부 단순 X-선 촬영 또는 CT나 MRI에 의한 객관적인 검사소견(척추의 유합 및 금속물의 삽입 등)과 완전강직(척추가 한 위치에서 완전히 고정)이 있어야 하며, 디스크 등 통증이 주된 증상인 경우 및 척추의 완전강직이 통증에 의한 경우는 척추의 기능장애로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장애

- (1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 50m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 경우 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 경우

- (2) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 올리는 일 등은 거의 할 수 없는 경우

- (3) 아래 7.의 (3)뇌병변장애의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장애

- (1) 좋은 눈의 시력이 0.04이하인 경우

※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

6. 청각장애

- (1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 아래의 장애중 2가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장애

가 팔·다리의 절단장애 또는 팔·다리의 기능장애와 동반된 경우에는 하나의 장애로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장애

- ① 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
- ② 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ③ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- ④ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- ⑤ 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
- ⑥ 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ⑦ 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75%미만 감소된 경우
- ⑧ 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
- ⑨ 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
- ⑩ 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50%미만 감소된 경우
- ⑪ 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- ⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장애가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범

위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장애

① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 100m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 경우 또는 계단을 오르내리기가 매우 어려운 경우

② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일, 선반에 물건을 올리는 일 등이 매우 어려운 경우

③ 아래 8.의 (3)뇌병변장애의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

(4) 시각장애

① 좋은 눈의 시력이 0.08이하인 경우

② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 경우

※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장애

① 두 귀의 청력 손실이 각각 80데시벨 이상인 경우

② 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지고 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장애

- ① 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장애
 - ② 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬
 - ③ 자음정확도가 30%미만인 조음장애
 - ④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
 - ⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
- ※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

8. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 위 7.의 장애중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장애중 1가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장애가 팔·다리의 절단장애 또는 팔·다리의 기능장애와 동반된 경우에는 하나의 장애로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ③ 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ④ 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ⑤ 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
- ② 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ③ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로

각각 전혀 움직일 수 없는 경우

- ④ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ⑤ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
- ⑥ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ⑦ 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 경우
- ⑧ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
- ⑨ 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75%이상 감소한 경우
- ⑩ 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
- ⑪ 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
- ⑬ 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 경우
 - ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장애가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
 - ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
 - ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
 - ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장애

- ① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 근거리 보행만이 가능하고 고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안전성이 없어 넘어지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 경우

- ② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우
- ③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 아래 ㉠과 ㉡에 동시에 해당되는 경우
 - ㉠ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 경우
 - ㉡ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우

(4) 시각장애

- ① 좋은 눈의 시력이 0.1이하인 경우
- ② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 경우
 - ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
 - ※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장애

- ① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우
- ② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 경우
- ③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우
 - ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장애

- ① 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
 - ② 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)
 - ③ 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애
 - ④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
 - ⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
- ※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

【별표4】

악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 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. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

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

【별표5】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	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

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】

뇌졸중대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】

급성심근경색증대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1.급성 심근경색증	I21
2.후속 심근경색증	I22
3.급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】

5대고액치료비암 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 5대고액 치료암으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 체장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
- 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
수두폐렴	B01.2
폐렴이 합병된 홍역	B05.2
거대세포바이러스폐렴	B25.0
폐 독소포자충증	B58.3
류마티스 폐질환	M05.1

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

- 위의 1 ~ 2에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
(예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우
- 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의

하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표11】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기 간질환(경화)이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
 - ① 통제가 불가능한 복수증
 - ② 영구적인 황달
 - ③ 위나 식도벽의 정맥류
 - ④ 간성 뇌증
2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표12】

만성당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
1형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병 눈 합병증을 동반한 당뇨병 신경학적 합병증을 동반한 당뇨병 순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E10.2 E10.3 E10.4 E10.5
2형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병 눈 합병증을 동반한 당뇨병 신경학적 합병증을 동반한 당뇨병 순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E11.2 E11.3 E11.4 E11.5
영양실조-관련 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병 눈 합병증을 동반한 당뇨병 신경학적 합병증을 동반한 당뇨병 순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E12.2 E12.3 E12.4 E12.5
기타 명시된 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병 눈 합병증을 동반한 당뇨병 신경학적 합병증을 동반한 당뇨병 순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E13.2 E13.3 E13.4 E13.5
상세불명의 당뇨병	신장 합병증을 동반한 당뇨병 눈 합병증을 동반한 당뇨병 신경학적 합병증을 동반한 당뇨병 순환계 합병증을 동반한 당뇨병	E14.2 E14.3 E14.4 E14.5
기타 당뇨병성 합병증	당뇨병성 단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증 당뇨병에서의 사구체장애	G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 N08.3

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표13】

화상 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 화상으로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

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

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표14】

골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

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

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표15】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표16】

유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(ICD. 9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대 상 수 술 명	수술 및 처치 코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

【별표17】

7대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	수막구균성 심장질환	A39.5
	칸디다심내막염	B37.6
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	거대세포바이러스간염	B25.1
	톡소포자충 간염	B58.1
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02

구분	대상질병	분류코드
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의사구체장애	N08.3
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표18】

충수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
충수의 질환	K35 ~ K38

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표19】

특정전염병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정전염병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1~A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33~A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.1~A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50~B54

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표20】

호흡기관련질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 호흡기관련질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00 ~ J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역	J12 ~ J18, A48.1, B05.2
8. 수두폐렴	B01.2
9. 거대세포바이러스폐렴	B25.0
10. 폐 특소포자충증	B58.3

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표21】

식중독 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류표에 있어서 식중독으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표22】

골절 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

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

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표23】

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호를 따릅니다.

상해 급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척추 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척추 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척추 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단(주관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단(슬관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수

상해 급별	상해내용
	술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척추 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단(완관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단(족관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해

상해 급별	상해내용
	해 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단(주관절부 이단을 포함한다) 소 실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외 한다) 14. 대퇴부 완전 절단(슬관절부 이단을 포함한다) 소 실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행 하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망 막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행 한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상 해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2 개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적 용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절 (경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상 해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상

상해 급별	상해내용
	해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단(완관절부 이단을 포함한다) 소 실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구(수근골간 관절 탈구, 원 위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접 합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미 골 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하 지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단(족관절부 이단을 포함한다) 소 실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재 접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상 해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선 학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손 상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행 한 상해

상해 급별	상해내용
	8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해

상해 급별	상해내용
	해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개

상해 급별	상해내용
	28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3개 이상 5개 이하의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 13. 요수근관절 골절 및 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해

상해 급별	상해내용
	24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소

상해 급별	상해내용
	피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 족지골 골절 또는 족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해

상해 급별	상해내용
	5. 외상성 상부관절와손 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절 또는 수지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 족지골 골절 또는 족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부 장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

※ 영역별 세부지침

영역	내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다. 나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다. 다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다. 라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다. 마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.

두부	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수혈액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다. 나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다. 다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다. 라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다. 마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다. 바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다. 사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다. 아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다. 자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액 증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치 증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추	가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다. 나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다. 다. 척추 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다. 라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.

상 · 하 지	공 통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다. 나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다. 다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다. 라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다. 마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다. 바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다. 사. 아절단은 완전 절단에 준한다. 아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다. 자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다. 차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다. 카. 사지 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다. 타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다. 파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다. 하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다 거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다. 너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
------------------	--------	--

상 · 하 지	공 통	더. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다. 러. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전 골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다. 머. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다. 버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다. 서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
상 · 하 지	상 지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다. 나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다. 다. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다. 라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.

상 · 하 지	하 지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다. 나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다. 다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다. 라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다. 마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다. 바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다. 사. “고관절”이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다. 아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다. 자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다. 차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전 파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다. 카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.
------------------	--------	--

【별표24】

기관(organ)분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호	기관분류
1. 입술의 악성 신생물	C00	입술 구강 및 인두
2. 혀바닥의 악성 신생물, 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C01, C02	
3. 잇몸의 악성 신생물	C03	
4. 입바닥의 악성 신생물	C04	
5. 구개악성 신생물	C05	
6. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C06, C14	
7. 귀밑샘의 악성 신생물	C07	
8. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08	
9. 편도의 악성 신생물	C09	
10. 입인두의 악성신생물, 비인두의 악성 신생물, 이상동(梨狀洞)의 악성신생물, 하인두의 악성신생물	C10, C11, C12, C13	
11. 식도의 악성 신생물	C15	소화 기관
12. 위의 악성 신생물	C16	
13. 소장악성 신생물	C17	
14. 결장의 악성 신생물, 직장구불결장이행부의 악성 신생물, 직장의 악성신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C18, C19, C20, C26 (C26.1제외)	
15. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21	
16. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22	
17. 담낭의 악성 신생물	C23	
18. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24	
19. 췌장의 악성 신생물	C25	
20. 비강 및 종이의 악성 신생물	C30	호흡기 및 흉곽내 기관
21. 부비동의 악성 신생물	C31	
22. 후두의 악성 신생물	C32	
23. 기관의 악성 신생물	C33	
24. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C34, C39	
25. 흉선의 악성 신생물	C37	
26. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38	

대상질병	분류번호	기관분류
27. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40, C41	골 및 관절 연골
28. 피부의 악성 흑색종, 기타 피부의 악성 신생물	C43, C44	흑색종 및 기타피부
29. 중피종, 말초신경 및 자율신경 계통의 악성 신생물, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 기타결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C45, C47, C48, C49	중피성 및 연조직
30. 유방의 악성 신생물	C50	유방
31. 외음의 악성 신생물	C51	여성 생식 기관
32. 질의 악성 신생물	C52	
33. 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C53, C54, C55, C57	
34. 난소의 악성 신생물	C56	
35. 태반의 악성 신생물	C58	
36. 음경의 악성 신생물	C60	남성 생식 기관
37. 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C61, C63	
38. 고환의 악성 신생물	C62	
39. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물, 신우의 악성신생물, 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C64, C65, C68	요로
40. 요관의 악성 신생물	C66	
41. 방광의 악성 신생물	C67	
42. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69	눈, 뇌 및 중추 신경계통 의 기타부분
43. 수막의 악성 신생물	C70	
44. 뇌의 악성 신생물	C71	
45. 척수, 뇌신경 및 중추신경 계통의 기타 부분의 악성신생물	C72	
46. 갑상선의 악성 신생물	C73	갑상선 및 기타 내분비선
47. 부신의 악성 신생물	C74	
48. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75	
49. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물, 비장의 악성신생물, 진성 적혈구증가증, 골수형성이상증후군, 만성골수증식질환, 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 골수섬유증, 만성호구산성 백혈병 [과호산구증후군]	C81-C96, C26.1, D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5	비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계

주1) 위의 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46,

C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 ‘기관(organ)’을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 ‘기관(organ) 분류표’에 있는 각 ‘기관(organ)’으로 분류합니다.

주2) 위의 분류번호 예시 중 C44 와 C73에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.

주3) 인체내에 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.

주4) 제8차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서, 상기 “분류번호 예시” 이외에 ‘기관(organ)’에 해당하는 분류번호가 있는 경우에는 그 분류번호도 포함하는 것으로 합니다.

【별표25】

18대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 18대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의사구체장애	N08.3
심장질환	급성 류마티스열	I00-I02
	만성 류마티스 심장질환	I05-I09
	허혈심장질환	I20-I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
	기타 형태의 심장병	I30-I52
	수막구균성 심장질환	A39.5
	칸디다심내막염	B37.6
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60-I69
간 질환	바이러스 간염	B15-B19
	간의 질환	K70-K77
	거대세포바이러스간염	B25.1
	톡소포자충 간염	B58.1

구분	대상질병	분류코드
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성궤양	K27
갑상선 질환	갑상선의 장애	E00-E07
	갑상선이상성 안구돌출	H06.2
	저지후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	
동맥 경화증	죽상경화증	I70
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	수두폐렴	B01.2
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐 톡소포자충증	B58.3
백 내 장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
녹 내 장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

구분	대상질병	분류코드
결핵	결핵	A15-A19
	결핵의 후유증	B90
	결핵성 복막염	K67.3
	장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
	결핵 관절염	M01.1
	척추의 결핵	M49.0
	뼈의 결핵	M90.0
	결핵성 방광염	N33.0
	자궁경부의 결핵감염	N74.0
	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
신 부 전	신부전	N17-N19
담 석 증	담석증	K80
사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
편 도 염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축 농 증	만성 부비동염	J32

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표26】

여성골다공증 분류표

약관에 규정하는 여성골다공증으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표27】

치매 분류표

「치매로 진단확정되다」는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 「치매」임을 의사의 면허를 가진 자에 의해서 진단 확정받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

여기에서 「치매」란 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표28】

5대골절분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 5대골절로 분류되는 상병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표29】

희귀난치성 7대질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 희귀난치성 7대질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
재생불량성 빈혈	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증] 기타 무형성 빈혈	D60 D61
운동 신경세포병	운동신경세포병	G12.2
파킨슨병	파킨슨병	G20
심근질환	확장성 심근병증	I42.0
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1
	기타 비대성 심근병증	I42.2
	심내막심근(호산구성) 병	I42.3
	기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	모야모야병	I67.5
전신 홍반루프스	전신 홍반루프스	M32
만성 신장병	만성신장병(5기)	N18.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표30】

특정암 분류표

약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
2. 기관의 악성신생물	C33
3. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
4. 흉선의 악성신생물	C37
5. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
6. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
7. 중피종	C45
8. 카포시육종	C46
9. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
10. 수막의 악성신생물	C70
11. 뇌의 악성신생물	C71
12. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
13. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
14. 만성 골수증식 질환	D47.1
15. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표31】

병기구분 불가암 분류표

약관에 규정하는 병기구분 불가암으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 상세불명의 인두의 악성신생물	C14.0
2. 발다이어고리의 악성신생물	C14.2
3. 입술, 구강 및 인두의 중복병변의 악성신생물	C14.8
4. 담도의 중복병변의 악성신생물	C24.8
5. 상세불명의 담도의 악성신생물	C24.9
6. 상세불명 부분의 장관의 악성신생물	C26.0
7. 비장의 악성신생물	C26.1
8. 소화계통의 중복병변의 악성신생물	C26.8
9. 소화계통내의 불명확한 부위의 악성신생물	C26.9
10. 중이의 악성신생물	C30.1
11. 전두동의 악성신생물	C31.2
12. 접형골동의 악성신생물	C31.3
13. 부비동의 중복병변의 악성신생물	C31.8
14. 상세불명의 부비동의 악성신생물	C31.9
15. 심장의 악성신생물	C38.0
16. 전종격의 악성신생물	C38.1
17. 후종격의 악성신생물	C38.2
18. 상세불명 부분의 종격의 악성신생물	C38.3
19. 흉막의 악성신생물	C38.4
20. 심장, 종격 및 흉막의 중복병변의 악성신생물	C38.8
21. 머리, 얼굴 및 목의 말초신경의 악성신생물	C47.0
22. 어깨를 포함한 팔의 말초신경의 악성신생물	C47.1
23. 엉덩이를 포함한 다리의 말초신경의 악성신생물	C47.2
24. 흉부의 말초신경의 악성신생물	C47.3
25. 복부의 말초신경의 악성신생물	C47.4
26. 골반의 말초신경의 악성신생물	C47.5
27. 상세불명의 몸통의 말초신경의 악성신생물	C47.6
28. 말초신경 및 자율신경계통의 중복병변의 악성신생물	C47.8
29. 상세불명의 말초 신경 및 자율 신경계통의 악성신생물	C47.9
30. 머리, 얼굴 및 목의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.0

대 상 질 병	분류번호
31. 어깨를 포함한 팔의 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49.1
32. 엉덩이를 포함한 다리의 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49.2
33. 흉부의 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49.3
34. 복부의 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49.4
35. 골반의 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49.5
36. 상세불명의 몸통의 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49.6
37. 결합 및 연조직의 중복병변의 악성신생물	C49.8
38. 상세불명의 결합 및 연조직의 악성신생물	C49.9
39. 넓은인대의 악성신생물	C57.1
40. 원인대의 악성신생물	C57.2
41. 자궁주위조직의 악성신생물	C57.3
42. 상세불명의 자궁부속기의 악성신생물	C57.4
43. 기타 명시된 여성생식기관의 악성신생물	C57.7
44. 여성생식기관의 중복병변의 악성신생물	C57.8
45. 상세불명의 여성생식기관 의 악성신생물	C57.9
46. 부고환의 악성신생물	C63.0
47. 정삭의 악성신생물	C63.1
48. 기타 명시된 남성생식기관의 악성신생물	C63.7
49. 남성생식기관의 중복병변의 악성신생물	C63.8
50. 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63.9
51. 요도주위샘의 악성신생물	C68.1
52. 비뇨기관의 중복병변의 악성신생물	C68.8
53. 상세불명의 비뇨기관의 악성신생물	C68.9
54. 각막의 악성신생물	C69.1
55. 망막의 악성신생물	C69.2
56. 맥락막의 악성신생물	C69.3
57. 섬모체의 악성신생물	C69.4
58. 눈물샘 및 눈물관의 악성신생물	C69.5
59. 안와의 악성신생물	C69.6
60. 눈 및 부속기의 중복병변의 악성신생물	C69.8
61. 상세불명의 눈의 악성신생물	C69.9
62. 부갑상선의 악성신생물	C75.0
63. 뇌하수체의 악성신생물	C75.1
64. 두개인두관의 악성신생물	C75.2
65. 송과선의 악성신생물	C75.3
66. 경동맥소체의 악성신생물	C75.4
67. 대동맥소체 및 기타 부신경절의 악성신생물	C75.5
68. 상세불명의 다선성 침범의 악성신생물	C75.8

대 상 질 병	분류번호
69. 상세불명의 내분비선의 악성신생물	C75.9
70. 머리, 얼굴 및 목의 악성신생물	C76.0
71. 흉부의 악성신생물	C76.1
72. 복부의 악성신생물	C76.2
73. 골반의 악성신생물	C76.3
74. 팔의 악성신생물	C76.4
75. 다리의 악성신생물	C76.5
76. 기타 불명확한 부위의 악성신생물	C76.7
77. 기타 및 불명확한 부위의 중복병변의 악성 신생물	C76.8
78. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	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[RAEB]	D46.2
84. 상세불명의 불응성 빈혈	D46.4
85. 다세포계 형성이상을 동반한 불응성 빈혈	D46.5
86. 고립성 5q 결실 염색체이상을 동반한 골수 형성이상증후군	D46.6
87. 기타 골수형성이상증후군	D46.7
88. 상세불명의 골수형성이상증후군	D46.9
89. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
90. 골수섬유증	D47.4

위의 질병이외의 중증암진단비보장 특별약관 제4조(암의 정의 및 진단확정)의 각호에서 정한 방법에 의하여 병기구분이 안되는 암이 있는 경우, 그 암도 포함하는 것으로 합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표32】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표33】

부인과질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류코드
1. 제자리신생물	D00~D09
2. 양성신생물	D10~D36
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D44, D47.0, D47.2, D47.7, 47.9, D48
4. 유방의 장애	N60~N64
5. 여성골반내 장기의 염증성 질환	N70~N77
6. 여성생식기의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
7. 자궁경부의 결핵	A18.15
8. 결핵성 여성 골반 염증성 질환	A18.16

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표34】

화재(폭발포함)배상책임의 부상급별 지급보험금표

부상 급별	한도 금액	부상 내용
1급	2천 만원	- 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 - 척추체 분쇄성 골절 - 척추체 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술을 시행한 부상 - 외상성 두개강 안의 출혈로 개두술을 시행한 부상 - 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 부상 또는 경막하 수종, 수혈액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 부상 - 고도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 부상(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) - 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 - 경골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 - 화상·좌창·괴사창 등 연부조직에 손상이 심한 부상(몸 표면의 9퍼센트 이상의 부상) - 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술을 시행한 부상 - 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 - 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 부상
2급	1천 만원	- 상박골 분쇄성 골절 - 척추체의 압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 부상 또는 경추 탈구(아탈구 포함), 골절 등으로 경추보조기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 부상 - 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) - 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 부상 또는 골반골 골절과 요도 파열이 동반된 부상 - 슬관절 탈구 - 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 부상 - 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 부상 - 천장골 간 관절 탈구 - 슬관절 전·후십자인대 및 내측부인대 파열과 내·외측 반월상 연골이 전부 파열된 부상 - 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 부상

부상 급별	한도 금액	부상 내용
3급	1천 만원	1. 상박골 경부 골절 2. 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 부상 3. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 부상 4. 수근 주상골 골절 5. 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절 6. 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행 여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 부상 8. 경골 과부 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 부상 또는 족근중족(Lisfranc)관절의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 부상 또는 복강내출혈로 수술한 부상 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 부상 13. 중증도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 열창으로 양쪽 안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 부상 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 부상 17. 대퇴골 과부 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 부상

부상 급별	한도 금액	부상 내용
4급	900 만원	1. 대퇴골 과부(원위부, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개인대 파열 5. 건갑 관절부위의 회선근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절 7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 부상 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 부상 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 부상 또는 개방성 공막열창으로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 부상 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 부상 11. 슬관절부의 내·외측부 인대, 전·후십자 인대, 내·외측반월상 연골 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경·비골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 부상
5급	900 만원	1. 골반골의 중복 골절(말가이그니씨 골절 등을 포함한다) 2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 부상 3. 족중골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부(Colles, Smith, 수근 관절면, 요골 원위 골단 골절을 포함한다) 골절 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 부상 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상 8. 족배부 근건 파열창 9. 수장부 근건 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건파열을 포함한다) 10. 아킬레스건 파열 11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄골절을 포함한다)로 수술한 부상 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 부상 13. 거골 골절(경부는 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 않은 소아의 경·비골 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 부상 17. 그 밖에 5급에 해당된다고 인정되는 부상

부상 급별	한도 금액	부상 내용
6급	500 만원	1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골·좌골·장골·천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 부상 6. 치골 상·하지 골절 또는 양측 치골 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절은 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 부상 13. 외상성 경막하 수종, 수혈액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 수술하지 않은 부상(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상 15. 상박골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 부상 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상태 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 부상
7급	500 만원	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족과절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부굴곡 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대 파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결합부 이개 9. 다발성 안면두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 부상

부상 급별	한도 금액	부상 내용
8급	240 만원	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연 골절로 수술하지 않은 부상 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(견갑골극 또는 체부, 흉곽 내 탈구, 경 부, 과부, 견봉돌기, 오혜돌기를 포함한다) 골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절 내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골 절과 탈구가 동반된 부상 9. 다발성 늑골 골절 10. 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경 학적 증상이 경 미한 부상 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상 이 없는 뇌신경손상 12. 상악골, 하악골, 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 부상 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다) 15. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 부상

부상 급별	한도 금액	부상 내용
9급	240 만원	- 척추골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) - 요골 골두골 골절 - 완관절 내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 - 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 부상 - 손바닥뼈 골절 - 수근 골절(주상골은 제외한다) - 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골·종골은 제외한다) - 발바닥뼈 골절 - 족관절부 염좌, 경·비골 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건의 부분파열 - 늑골, 흉골, 늑연골 골절 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 수술을 시행하지 않은 경우 - 척추체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대·근육 등) 손상이 동반된 부상 - 척수 손상으로 마비증상이 없고 수술을 시행하지 않은 경우 - 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구 또는 수근간 관절탈구, 하 요척골 관절 탈구를 포함한다) - 미골 골절로 수술하지 않은 부상 - 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 경우 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 - 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 부상
10급	160 만원	- 외상성 슬관절내 혈종(활액막염을 포함한다) - 손바닥뼈 지골 간 관절 탈구 - 손목뼈 손바닥뼈 간 관절 탈구 - 상지부 각 관절부(견관절, 주관절, 완관절) 염좌 - 척골·요골 경상돌기 골절, 제불완전골절[비골(코) 골절, 손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다] - 손가락 신전근건 파열 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 - 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 부상

부상 급별	한도 금액	부상 내용
11급	160 만원	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 손가락 골절·탈구 및 염좌 3. 비골(코) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 부상
12급	80 만원	1. 8일 이상 14일 이하의 입원을 필요로 하는 부상 2. 15일 이상 26일 이하의 통원을 필요로 하는 부상 3. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상
13급	80 만원	1. 4일 이상 7일 이하의 입원을 필요로 하는 부상 2. 8일 이상 14일 이하의 통원을 필요로 하는 부상 3. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상
14급	80 만원	1. 3일 이하의 입원을 필요로 하는 부상 2. 7일 이하의 통원을 필요로 하는 부상 3. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상

비고

- 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
- 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮은 금액으로 배상한다.
- 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 2가지 이상의 부상이 중복된 경우에는 가장높은 등급에 해당하는 부상으로부터 하위 3등급(예: 부상내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 부상이 중복된 경우에만 가장 높은 부상 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
- 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 부상이 중복된 경우에는 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 부상 등급 별 해당 금액의 합산액을 배상한다.

【별표35】

화재(폭발포함)배상책임의 후유장해급별
지급보험금표

장해 급별	한도 금액	신체장해 내용
1급	1억원	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 5. 반신불수가 된 사람 6. 두 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 7. 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 8. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2급	9천만원	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 각각 0.02 이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람 6. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람
3급	8천만원	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 자 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람

장애 급별	한도 금액	신체장애 내용
4급	7천만원	1. 두 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막이 전부 결손되거나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한쪽 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 한쪽 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 족근중족(Lisfranc) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
5급	6천만원	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 한쪽 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 한쪽 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 한쪽 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한쪽 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 사람 8. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 사람
6급	5천만원	1. 두 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막이 대부분 결손되거나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 척추에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 2개 관절을 못쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 2개 관절을 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 손의 5개 손가락을 잃거나 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람

장애 급별	한도 금액	신체장애 내용
7급	4천 만원	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 모두 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 3. 한쪽 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하는 사람 5. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하는 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 한쪽 손의 엄지 손가락이나 둘째 손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한쪽 손의 5개의 손가락 또는 한쪽 손의 엄지 손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 발을 족근중족 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 한쪽 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 10. 한쪽 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 11. 두 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람 13. 양쪽의 고환을 잃은 사람
8급	3천 만원	1. 한쪽 눈이 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 척추에 운동장애가 남은 사람 3. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한쪽 다리가 5센티미터 이상 짧아진 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한쪽 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한쪽 발의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람

장애 급별	한도 금액	신체장애 내용
9급	2천 250 만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 3. 두 눈에 반맹증·시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한쪽 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 9. 한쪽 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 10. 한쪽 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한쪽 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장애가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람

장애 급별	한도 금액	신체장애 내용
10급	1천 880 만원	1. 한쪽 눈이 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 3. 14개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한쪽 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서 보통의 말소리를 듣는 데 지장이 있는 사람 6. 한쪽 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 가락 외의 2개의 손가락을 잃은 사람 7. 한쪽 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 다리가 3센티미터 이상 짧아진 사람 9. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 잃은 사람 10. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 11. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
11급	1천 500 만원	1. 두 눈이 모두 근점반사 기능에 뚜렷한 장애가 남거나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 결손이 남은 사람 4. 한쪽 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 6. 척추에 기형이 남은 사람 7. 한쪽 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람 8. 한쪽 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남은 사람 11. 10개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람

장애 급별	한도 금액	신체장애 내용
12급	1천 250 만원	1. 한쪽 눈의 근접반사 기능에 뚜렷한 장애가 있거나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 2. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 3. 7개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한쪽 귀의 컷바퀴가 대부분 결손된 사람 5. 쇄골, 흉골, 늑골, 견갑골 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 8. 장관골에 기형이 남은 사람 9. 한쪽 손의 가운데손가락이나 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한쪽 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 한쪽 발의 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 한쪽 발의 가운데 발가락 이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 11. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 국부에 뚜렷한 신경증상이 남은 사람 13. 외모에 흉터가 남은 사람
13급	1천 만원	1. 한쪽 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4. 5개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 5. 한쪽 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한쪽 손의 둘째손가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한쪽 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽히고 펴수 없게 된 사람 9. 한쪽 다리가 1센티미터 이상 짧아진 사람 10. 한쪽 발의 가운데발가락 이하의 발가락 1개 또는 2개를 잃은 사람 11. 한쪽 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 발이 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 발의 가운데 발가락 이하의 발가락 3개를 제대로 못쓰게 된 사람

장애 급별	한도 금액	신체장애 내용
14급	630 만원	1. 한쪽 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 있거나 속 눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사 람 3. 한쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남 은 사람 6. 한쪽 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사 람 7. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손 가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가 락 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 한 발의 가운데발가락 이하의 발가락 1개 또 는 2개를 제대로 못쓰게 된 사람 10. 국부에 신경증상이 남은 사람

비고

1. 신체장애가 둘 이상 있는 경우에는 중한 신체장애에 해
당하는 장애등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
2. 시력의 측정은 국제식 시력표로 하며, 굴절 이상이 있는
사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
3. "손가락을 잃은 것"이란 엄지손가락은 지관절, 그 밖의
손가락은 제1지관절 이상을 잃은 경우를 말한다.
4. "손가락을 제대로 못쓰게 된 것"이란 손가락 끝부분의 2
분의 1 이상을 잃거나 중수지관절 또는 제1지관절(엄지
손가락의 경우에는 지관절을 말한다)에 뚜렷한 운동장애
가 남은 경우를 말한다.
5. "발가락을 잃은 것"이란 발가락의 전부를 잃은 경우를
말한다.
6. "발가락을 제대로 못쓰게 된 것"이란 엄지발가락은 끝관
절의 2분의 1 이상을, 그 밖의 발가락은 끝관절 이상을
잃거나 중족지관절 또는 제1지관절(엄지발가락의 경우
에는 지관절을 말한다)에 뚜렷한 운동장애가 남은 경우를
말한다.
7. "흉터가 남은 것"이란 성형수술을 한 후에도 육안으로
식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.
8. "항상 보호를 받아야 하는 것"이란 일상생활에서 기본적
인 음식섭취, 배뇨 등을 다른 사람에게 의존하여야 하는
것을 말한다.

9. "수시로 보호를 받아야 하는 것"이란 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨 등은 가능하나, 그 외의 일은 다른 사람에게 의존하여야 하는 것을 말한다.
10. "항상보호 또는 수시보호를 받아야 하는 기간"은 의사가 판정하는 노동능력상실기간을 기준으로 하여 타당한 기간으로 정한다.
11. "제대로 못 쓰게 된 것"이란 정상기능의 4분의 3 이상을 상실한 경우를 말하고, "뚜렷한 장애가 남은 것"이란 정상기능의 2분의 1 이상을 상실한 경우를 말하며, "장애가 남은 것"이란 정상기능의 4분의 1 이상을 상실한 경우를 말한다.
12. "신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것"이란 신경계통의 기능 또는 정신기능의 뚜렷한 장애로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남아 평생 동안 특별히 쉬운 일 외에는 노동을 할 수 없는 사람을 말한다.
13. "신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 것"이란 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장애로 종사할 수 있는 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 경우로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가. 신체적 능력은 정상이지만 뇌손상에 따른 정신적 결손증상이 인정되는 경우
 - 나. 전간(癲癇) 발작과 현기증이 나타날 가능성이 의학적·타각적(他覺的) 소견으로 증명되는 사람
 - 다. 사지에 경도(輕度)의 단마비(單痲痺)가 인정되는 사람
14. "흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것"이란 흉복부 장기의 장애로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남은 경우를 말한다.
15. "흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것"이란 중등도(中等度)의 흉복부 장기의 장애로 노동능력이 일반인의 2분의 1 정도만 남은 경우를 말한다.
16. "흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 것"이란 중등도의 흉복부 장기의 장애로 취업가능한 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 경우를 말한다.

【별표36】

남성특정비뇨기계질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 남성특정 비뇨기계질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류코드
사구체 질환	급성 신염 증후군	N00
	급속 진행성 신염 증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염 증후군	N03
	신 증후군	N04
	상세불명의 신염 증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
세뇨관-간질 질환	급성 세뇨관-간질 신장염	N10
	만성 세뇨관-간질 신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질 신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 세뇨관-간질 질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 세뇨관-간질 장애	N16
신부전	급성 신부전	N17
	만성 신장병	N18
	상세불명의 신부전	N19
신장 및 요관의 기타 장애	세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장 위축	N26
	원인미상의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29

구분	대 상 질 병	분류코드
비뇨기 계통의 기타 질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	달리 분류된 질환에서의 요도 장애	N37
	비뇨계통의 기타 장애	N39
남성 생식 기관의 질환	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애	N49
	남성 생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성 생식기 관의 장애	N51
	편모충 전립선염	A59.01
	전립선의 결핵	A18.13
	기타 남성 생식기관의 결핵	A18.14
	볼거리고환염	B26.0

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목
이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는
는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표37】

간질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 간질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 바이러스 간염	B15~B19
2. 간의 질환	K70~K77
3. 거대세포바이러스간염	B25.1
4. 톡소포자충 간염	B58.1

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표38】

특정희귀난치성질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정희귀난치성질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류코드
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀 결핵	A19
중추신경계통의 비정형바이러스 감염	A81
감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체 면역결핍바이러스[HIV]병	B20
암을 유발한 인체 면역결핍바이러스병	B21
기타 명시된 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22
기타 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23
상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24
거대세포바이러스병	B25
크립토кок쿠스증	B45
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0
해당 효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소]	D60
기타 무형성 빈혈	D61
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레브란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
기타 혈전성향	D68.6

대상질병	분류코드
정성적 혈소판결함	D69.1
에반스 증후군	D69.30
상세불명의 혈소판감소증	D69.6
무과립구증	D70
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
복합 면역결핍	D81
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86
말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24
부신생식기장애	E25
기타 고알도스테론증	E26.8
원발성 부신피질부전	E27.1
애디슨발증	E27.2
기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
기타 명시된 내분비장애	E34.8
활동성 구루병	E55.0
방향족아미노산대사장애	E70
측쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
아미노산대사의 기타 장애	E72
젖당 불내성	E73
탄수화물대사의 기타장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글리코사미노글라이칸대사장애	E76
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
철 대사장애	E83.1
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
낭성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10

대상질병	분류코드
유전성 운동실조	G11
척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
파킨슨병	G20
할러포르덴-스파츠병	G23.0
진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발경화증	G35
기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
뇌전증지속상태	G41
발작수면 및 허탈발작	G47.4
멜커슨증후군	G51.2
복합부위통증증후군 II형	G56.4
유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
염증성 다발신경병증	G61
달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	G63.0
중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
근육의 원발성장애	G71
주기마비	G72.3
람베르트-이튼 증후군	G73.1
자율신경계통의 기타 장애	G90.8
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
삼출성 망막병증	H35.01
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59
기타마비성 사시	H49.8
원발성 폐동맥 고혈압	I27.0
확정성 심근병증	I42.0
폐색성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐색 혈전혈관염[버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0

대상질병	분류코드
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.18
류마티스 폐질환	J99.0
크론병[국한성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
결핵성 복막염	K67.3
원발성 담즙성 경변증	K74.3
자가면역성 간염	K75.4
담관염	K83.0
장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
보통 천포창	L10.0
낙엽 천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
흉터 유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피박리증	L12.3
결핵 관절염	M01.1
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
절단성 관절염	M07.1
건선 척추염	M07.2
기타 건선관절병증	M07.3
연소성 류마티스 관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성다발관절염	M08.3
결절성 다발동맥염	M30.0
폐 침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
연소성 다발동맥염	M30.2
과민성 혈관염	M31.0
혈전성 미세혈관병증	M31.1
치사중간선육아종	M31.2
베게너육아종증	M31.3
대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신홍반루푸스	M32
피부다발근염	M33
전신경화증	M34
건조증후군[췌그렌]	M35.0
기타 중복증후군	M35.1
베체트병	M35.2

대상질병	분류코드
류마티스성 다발근통	M35.3
미만성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
과가동성 증후군	M35.7
강직 척추염	M45
척추의 결핵	M49.0
진행성 골화근육염	M61.1
뼈의 파절병[변형성 골염]	M88
복합부위 통증증후군 1형	M89.0
뼈의 결핵	M90.0
재발성 다발연골염	M94.1
신장성 요붕증	N25.1
결핵성 방광염	N33.0
자궁경부의 결핵감염	N74.0
여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
신생아의 호흡곤란	P22

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표39】

30대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 30대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분		대상질병	분류코드
A	당뇨병질환	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조 관련 당뇨병 기타명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 당뇨병성단일신경병증 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	급성 류마티스열 만성 류마티스 심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병 수막구균성 심장질환 칸디다심내막염	I00-I02 I05-I09 I20-I25 I26-I28 I30-I52 A39.5 B37.6
	고혈압질환	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
	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60-I69
	간 질환	바이러스 간염 간의 질환 거대세포바이러스간염 톡소포자충 간염	B15-B19 K70-K77 B25.1 B58.1
	위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25 K26 K27

구분		대상질병	분류코드
A	갑상선 질환	갑상선의 장애 갑상선이상성 안구돌출	E00-E07 H06.2
		처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
	동맥 경화증	죽상경화증	I70
	만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
		단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
		상세불명의 만성 기관지염	J42
		천식	J45
		천식 지속 상태	J46
	신 부 전	신부전	N17-N19
	폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
		폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
		인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
		달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
		달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
		달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
		상세불명 병원체의 폐렴	J18
		재향군인병	A48.1
		수두폐렴	B01.2
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2
B	결 핵	거대세포바이러스폐렴	B25.0
		폐 특소포자충증	B58.3
		결핵	A15-A19
		결핵의 후유증	B90
		결핵성복막염	K67.3
		장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
		결핵 관절염	M01.1
		척추의 결핵	M49.0
		뼈의 결핵	M90.0
		결핵성 방광염	N33.0
		자궁경부의 결핵감염	N74.0
		여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
	백 내 장	노년성 백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타 장애	H27
	녹 내 장	녹내장	H40
		달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
	황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
	담 석 증	담석증	K80
	사타구니 탈장	사타구니탈장	K40

구분		대상질병	분류코드
C	편 도 염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	축 농 증	만성 부비동염	J32
	급성상기도감염	급성상기도감염	J00-J06
	담낭담도질환	담낭염 담낭의 기타질환 담도의 기타질환	K81 K82 K83
	중이의진주종	중이의 진주종	H71
	귀경화증	귀경화증	H80
	소화기계통의 양성신생물(D13)	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성신생물	D13
	중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D14 D15
	골 및 관절연골의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
	조직의 양성신생물	종피조직의 양성 신생물 후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
	수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표40】

16대특정암 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 16대특정암으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 기관의 악성신생물	C33

대 상 질 병	분류코드
8. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
9. 흉선의 악성신생물	C37
10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
11. 중피종	C45
12. 카포시육종	C46
13. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
14. 담낭의 악성신생물	C23
15. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
16. 소장악성신생물	C17

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표41】

소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	소송비용에 산입되는 비율
1,000만원까지 부분	8%
1,000만원을 초과하여 2,000만원까지 부분 [80만원 + (소송목적의 값 - 1,000만원) × $\frac{7}{100}$]	7%
2,000만원을 초과하여 3,000만원까지 부분 [150만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) × $\frac{6}{100}$]	6%
3,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분 [210만원 + (소송목적의 값 - 3,000만원) × $\frac{5}{100}$]	5%
5,000만원을 초과하여 7,000만원까지 부분 [310만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) × $\frac{4}{100}$]	4%
7,000만원을 초과하여 1억원까지 부분 [390만원 + (소송목적의 값 - 7,000만원) × $\frac{3}{100}$]	3%
1억원을 초과하여 2억원까지 부분 [480만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × $\frac{2}{100}$]	2%
2억원을 초과하여 5억원까지 부분 [680만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × $\frac{1}{100}$]	1%
5억원을 초과하는 부분 [980만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × $\frac{0.5}{100}$]	0.5%

※ 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사
비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표42】

민사소송 등 인지법에 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 X 0.5%
1천만원 이상 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 X 0.45%
1억원 이상 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 X 0.4%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 X 0.35%

※ 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【별표43】

송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)

사건	송달료
1심 민사소액 / 민사단독 / 민사합의	74,000원 / 111,000원 / 111,000원
항소심 / 상고심	88,800원 / 59,200원

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표44】

송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송)

사건	송달료
1심 / 항소심	74,000원
상고심	59,200원

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표45】

관절염·생식기질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 관절염·생식기질환으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	류마티스 폐질환	J99.0
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
생식기 질환	남성 생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
	전립선의 결핵	A18.13
	기타 남성 생식기관의 결핵	A18.14
	편모충 전립선염	A59.01
	볼거리고환염	B26.0
	여성 골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
	자궁경부의 결핵	A18.15
	결핵성 여성 골반 염증성 질환	A18.16
	여성 생식기관 비염증성 장애 (습관유산자 제외)	N80~N95
	(여성 불임 제외)	
	(인공 수정과 관련된 합병증 제외)	
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통 의 처치후 장애	N99

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표46】

치핵 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 치핵으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
치핵 및 항문주위 정맥의 혈전증	포함 - 치질 제외 - 합병증 : 출산 및 산후기 합병(087.2), 임신 합병(022.4)	K64

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표47】

장애인의 장애등급표

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

제1급

1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제2급

1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제3급

1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
3. 두 다리를 쇼파관절(chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
4. 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제4급

1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 다리를 리스프랑관절(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절) 이상의 부위에서 잃은 사람
5. 한 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제5급

1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은

사람

4. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
5. 한 다리를 쇼파관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제6급

1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람
4. 한 다리를 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제2급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제3급

1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의

기능에 장애가 있는 사람

3. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제4급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
9. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람

제5급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
3. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
9. 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
11. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람

제6급

1. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 다리의 기능을 잃은 사람

제2급

1. 한 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람

제3급

1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 기능을 잃은 사람
6. 경추 또는 흉요추의 기능을 잃은 사람

제4급

1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 경추 또는 흉요추의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제5급

1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람
8. 경추 또는 흉요추의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제6급

1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락의 기능을 잃은 사람
5. 경추 또는 흉요추의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람

제5급

한 다리가 건강한 다리보다 10센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람

제6급

1. 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람
3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람

4. 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람
5. 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람
6. 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

제1급

보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람

제2급

1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제3급

1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람

제4급

1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제5급

1. 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 파행(跛行)을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

제6급

보행 시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

제1급

좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정 시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

제2급

좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람

제3급

1. 좋은 눈의 시력이 0.06 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람

제4급

1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람

제5급

1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50%이상 감소한 사람

제6급

나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

제2급

두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람
(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)

제3급

두 귀의 청력을 각각 80데시벨(dB) 이상 잃은 사람
(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)

제4급

1. 두 귀의 청력을 각각 70데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람)
2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람

제5급

두 귀의 청력을 각각 60데시벨(dB) 이상 잃은 사람
(40센티미터 이상의 거리에서 발생된 말소리를 듣지 못하는 사람)

제6급

한 귀의 청력을 80데시벨(dB) 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨(dB) 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람

제3급

양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람

제4급

양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡기 위하여 멈추어야 하는 사람

제5급

양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나며, 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

제3급

음성기능이나 언어기능을 잃은 사람

제4급

음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인

제1급

지능지수가 35 미만인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 평생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람

제2급

지능지수가 35 이상 50 미만인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 아니한 직업을 가질 수 있는 사람

제3급

지능지수가 50 이상 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 자폐성장장애인

제1급

ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

제2급

ICD-10의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급

제2급과 같은 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 해나가기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인

제1급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한

행동 등의 양성증상이나 사회적 위축과 같은 음성 증상이 심하고, 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람(정신병을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)

2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심한 증상기(症狀期)가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람
3. 반복성우울장애로 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람
4. 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

제2급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상과 사회적 위축 등의 음성증상이 있고, 중등도의 인격 변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
3. 만성적인 반복성우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
4. 만성적인 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

제3급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람
2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 현저하지 아니하지만, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람
3. 반복성우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람
4. 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

9. 신장장애인

제2급

만성신부전증으로 인하여 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람

제5급

신장을 이식받은 사람

10. 심장장애인

제1급

심장기능의 장애가 지속되며, 안정 시에도 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 돌보는 사람이 필요한 사람(심장질환을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)

제2급

심장기능의 장애가 지속되며, 자기 신체 주위의 일은

어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급

심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서의 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 사회활동을 해나가기 어려운 사람

제5급

심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인

제1급

1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정 시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 25% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 사람
2. 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람

제2급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서 이동할 때에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 30% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 60mmHg 이하인 사람

제3급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65mmHg 이하인 사람

제5급

1. 폐를 이식받은 사람

2. 녹막루가 있는 사람

12. 간장애인

제1급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 간성뇌증이 있거나 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람

제2급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 과거 2년 이내의 간성뇌증 병력 또는 자발성 세균성 복막염 등의 병력이 있는 사람

제3급

1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C인 사람

2. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 B이면서 난치성 복수가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람

제5급

간을 이식받은 사람

13. 안면장애인

제2급

1. 노출된 안면부의 90% 이상이 변형된 사람
2. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제3급

1. 노출된 안면부의 75% 이상이 변형된 사람
2. 노출된 안면부의 50% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제4급

1. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형된 사람
2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
3. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형되고 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

제5급

1. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람
2. 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

14. 장루장애인 및 요루장애인

제2급

1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있으며, 그 중 하나 이상의 루에 합병증으로 장폐색 또는 배뇨기능장애가 있는 사람
2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며 합병증으로 장폐색과 배뇨기능장애가 모두 있는 사람
3. 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람

제3급

1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람
2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장폐색 또는 배뇨기능장애가 있는 사람

제4급

1. 장루 또는 요루를 가진 사람
2. 방광루를 가지고 있으며, 합병증으로 장폐색이 있는 사람

제5급

방광루를 가진 사람

15. 뇌전증장애인

가. 성인 뇌전증

제2급

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고

월 8회 이상의 중증발작이 연 6회 이상 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 심각한 요양 관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 다른 사람의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람

제3급

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6회 이상 발작이 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람

제4급

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작을 포함하여 연 6회 이상 발작이 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람

제5급

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 3회 이상 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

나. 소아청소년 뇌전증

제2급

전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 다른 사람의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람

제3급

전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작, 부분 발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람

제4급

전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작, 부분 발작 등으로 일상생활 및 사회생활에 보호와 관리가 필요한 사람

16. 중복된 장애의 합산 판정

가. 같은 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1등급 위의 등급으로 한다.

나. 서로 다른 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 고려하여 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 주된 장애등급보다 1등급 위의 등급으로 조정할 수 있다.

다. 다음과 같은 경우는 가목 및 나목에도 불구하고 중복장애로 합산 판정할 수 없다.

- 1) 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
- 2) 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우
- 3) 그 밖에 장애부위가 같거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 아니한 경우로서 보건복지부장관이 정하는 경우

【별표48】

장애인의 종류 및 기준

다음의 장애인의 종류 및 기준은 장애인복지법 시행령 제2조 (장애인의 종류 및 기준)를 따릅니다.

구분
1. 지체장애인(肢體障礙人) 가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람 2. 뇌병변장애인(腦病變障礙人) 뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람 3. 시각장애인(視覺障礙人) 가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람 4. 청각장애인(聽覺障礙人) 가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람 5. 언어장애인(言語障礙人) 음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가

있는 사람

6. 지적장애인(知的障礙人)

정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람

7. 자폐성장애인(自閉性障礙人)

소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인(精神障礙人)

지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障礙 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

9. 신장장애인(腎臟障礙人)

신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

10. 심장장애인(心臟障礙人)

심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

11. 호흡기장애인(呼吸器障礙人)

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

12. 간장애인(肝障礙人)

간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

13. 안면장애인(顔面障礙人)

안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람

14. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障礙人)

배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

15. 뇌전증장애인(腦電症障礙人)

뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

【별표49】

장애등급 판정시기

장애유형	장애판정시기
지체·시각·청각·언어·지적·안면장애	장애의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장애가 고착되었을 때 등록하며, 그 기준시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생후 또는 수술후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다.(지체절단, 척추고정술, 안구적출, 청력기관의 결손, 후두전적출술, 선천적 지적장애 등 장애상태의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다)
뇌병변 장애	1. 뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(파킨슨병 제외)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장애 진단을 하여야 한다. 2. 파킨슨병은 1년 이상의 성실하고 지속적인 치료 후에 장애 진단을 하여야 한다.
정신 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때에 한다.
자폐성 장애	전반성발달장애(자폐증)가 확실해진 시점
신장 장애	3개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식받은 사람
심장 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 심장을 이식받은 사람
호흡기·간 장애	현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 폐 또는 간을 이식받은 사람
장루·요루	복원수술이 불가능한 장루(복회음 절제술후 에스결장루, 전대장직장절제술후 시행한 말단형 회장루 등)·요루(요관피부루, 회장도관 등)의 경우에는 장루(요루)조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점

장애유형	장애판정시기
뇌전증장애	1. 성인의 경우 현재의 상태와 관련하여 최초 진단 이후 2년 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점 2. 소아청소년의 경우 뇌전증 증상에 따라 최초 진단 이후 규정기간(1년 내지 2년) 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점

【별표50】

중복장애 합산시 상향조정된 장애등급

장애등급	1급	2급	3급	4급	5급	6급
1급	1급	1급	1급	1급	1급	1급
2급	1급	1급	1급	1급	2급	2급
3급	1급	1급	2급	2급	3급	3급
4급	1급	1급	2급	3급	3급	4급
5급	1급	2급	3급	3급	4급	4급
6급	1급	2급	3급	4급	4급	5급

주) 중복장애 합산의 예외

다음의 경우는 각각을 개별적인 장애로 판단하지 않는다.

1. 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애

※ 뇌병변장애(포괄적 평가)와 지체장애(개별적 평가)가 중복된 경우에는 뇌병변장애 판정기준에 따라 장애정도를 판정한다. 다만, 지체장애가 상위등급이고 뇌병변장애가 경미한 경우는 지체장애로 판정할 수 있다.

2. 지적장애, 자폐성장애

3. 지적장애, 자폐성장애, 정신장애와 그에 따른 증상의 일환으로 나타나는 언어장애

4. 장애부위가 동일한 경우

- 눈과 귀는 좌·우 두 개이나 하나의 기능을 이루는 대칭성 기관의 특징이 있으므로 동일부위로 본다.
- 팔과 다리는 좌·우 각각 별개의 부위로 보나 같은 팔의 상지 3대관절과 손가락관절 및 같은 다리의 하지 3대관절과 발가락 관절은 동일부위로 본다.

【별표51】

결핵분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 결핵으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
3. 신경계통의 결핵	A17
4. 기타 기관의 결핵	A18
[M01.1*: 결핵 관절염(A18.0+)]	M01.1*
[M49.0*: 척추의 결핵(A18.0+)]	M49.0*
[M90.0*: 뼈의 결핵(A18.0+)]	M90.0*
[N33.0*: 결핵성 방광염(A18.1+)]	N33.0*
[N74.0*: 자궁경부의 결핵감염(A18.1+)]	N74.0*
[N74.1*: 여성 결핵성 골반염증질환(A18.1+)]	N74.1*
[K67.3*: 결핵성 복막염(A18.3+)]	K67.3*
[K93.0*: 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+)]	K93.0*
5. 좁쌀 결핵	A19
6. 다약제내성 결핵 ^{주1)}	U84.30
7. 광범위약제내성 결핵 ^{주2)}	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

주3) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표52】

약제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 다약제내성 결핵 ^{주1)}	U84.30
2. 광범위약제내성 결핵 ^{주2)}	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

주3) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표53】

특정부위·질병 분류표

- 【별표53-1】 특정부위 분류표

구분	특정부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)

구분	특정부위
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

- 【별표53-2】 특정질병 분류표

구분	특정질병	분류 코드	항목명
51	척추질환	M40	척추후만증 및 척추전만증
		M41	척주측만증
		M42	척추굴연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직성 척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판 장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
		M54	등통증
52	연골증, 관절증, 관절염	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건선성 및 장병성 관절병증
		M08	연소성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결정 관절병증
		M12	기타 특이성 관절병증
		M13	기타 관절염
		M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 굴연골병증
		M94	연골의 기타 장애

구분	특정질병	분류 코드	항목명
53	심장질환	I00	심장 침범이 없는 류마티스열
		I01	심장 침범이 있는 류마티스 열
		I02	류마티스 무도병
		I05	류마티스 승모판 질환
		I06	류마티스 대동맥판 질환
		I07	류마티스 삼첨판 질환
		I08	다발 판막 질환
		I09	기타 류마티스 심장 질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐 색전증
		I27	기타 폐성 심장 질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	심장막의 기타 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스 승모판 장애
		I35	비류마티스 대동맥판 장애
		I36	비류마티스 삼첨판 장애
		I37	폐동맥판 장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		I44	방실 차단 및 좌각 차단
		I45	기타 전도 장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빈맥
		I48	심방 세동 및 조동
		I49	기타 심장부정맥
		I50	심부전
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애

구분	특정질병	분류 코드	항목명
54	뇌혈관질환	I60	지주막하 출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내 출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관 질환의 후유증
		G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군
		G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
55	고혈압	I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 신장병
		I13	고혈압성 심장 및 신장병
		I15	이차성 고혈압
56	당뇨병	E10	1형 당뇨병
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
		E14	상세불명의 당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
57	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
58	하지 정맥류	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
59	자궁 내막증	N80	자궁내막증
60	골반염	N70	난관염 및 난소염
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성 골반 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증 장애

구분	특정질병	분류 코드	항목명
61	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
62	고지혈증	E78	지질단백질 대사장애 및 기타 지질증
63	임신중독증	011	만성 고혈압에 겹친 전자간
		012	고혈압을 동반하지 않은 임신성 [임신-유발] 부종 및 단백뇨
		013	임신[임신-유발]고혈압
		014	전자간
		015	자간
64	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
65	암	C00~C14	입술, 구강 및 인두의 악성신생물
		C15~C26	소화기관의 악성신생물
		C30~C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물
		C40~C41	골 및 관절연골의 악성신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45~C49	중피성 및 연조직의 악성신생물
		C50	유방의 악성신생물
		C51~C58	여성 생식기관의 악성 신생물
		C60~C63	남성 생식기관의 악성 신생물
		C64~C68	요로의 악성 신생물
		C69~C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
		C74	부신의 악성신생물
		C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물
		C76~C80	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물
		C81~C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물
		C97	독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물
		D45	진성 적혈구증가증
		D46	골수 형성이상 증후군
		D47.1	만성 골수증식 질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
		D47.4	골수섬유증
		D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]
66	담석증	K80	담석증

구분	특정질병	분류 코드	항목명
67	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
68	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사 장애
		M10	통풍
69	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
70	백내장	H25	노년 백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
71	탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니 탈장
		K41	대퇴 탈장
		K42	배꼽 탈장
		K43	복벽 탈장
		K44	황경막 탈장
		K45	기타 복벽 탈장
		K46	상세불명의 복벽 탈장
		N43	음낭수종 및 정액류
72	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
73	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
74	천식	J45	천식
		J46	천식지속 상태
75	유산	N96	습관적 유산자
		000	자궁외 임신
		001	포상기태
		002	기타 비정상적 수태부산물
		003	자연 유산
		004	의학적 유산
		005	기타 유산
		006	상세불명의 유산
		007	시도된 유산의 실패
		008	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
		020	초기 임신중 출혈

**무배당 갱신형 실손의료비보장
특별약관1707**

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 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.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험)

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

○ 갱신형 보장

- 실손의료비보장(특별약관 및 추가특별약관)의 보험기간은 1년만기로, 최초가입 후 1년마다 갱신을 통해 자동갱신기간동안 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험료율의 변동(연령의 증가, 손해율, 의료수가 상승 등의 변동)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

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

해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 실손의료비 보장

- 이 계약은 발생 의료비 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인 부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보상하지 않는 사항에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.(보상내용 및 공제금액 등은 해당약관을 참고하시기 바랍니다)

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

- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 보험금을 지급할 다수의 계약이 체결되어 있는 경우에는 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 각 계약의 비례분담액을 지급합니다. 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =	
(각 계약의 보상대상의료비 중 최고액 - 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액)	×
	$\frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$

- 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 계약이 보험수익자가 동일한 다수의 실손의료보험계약인 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.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 철회할 수 없습니다)
- 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험 계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 보험계약자 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 보험계약자가 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 또는 설명하는 방법. 이 경우 보험계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 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.
- 만 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에의 사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

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

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일

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

- ① 보험계약자(보험수익자와 보험계약자가 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 해지되면 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우 등에는 회사에 알려야 합니다.

- 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적의 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
- ※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

10. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

○ 보험약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보장보험료

보험계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료

○ 보험금

보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

갱신형 실손의료비보장은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 보장입니다.

□ 기본형 실손의료비보장

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

① 우리회사(이하 「회사」라 합니다)가 판매하는 이 특별약관(이하 「약관」이라 합니다)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 <붙임1>과 같습니다.

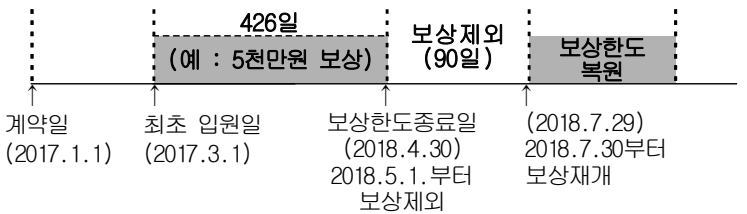
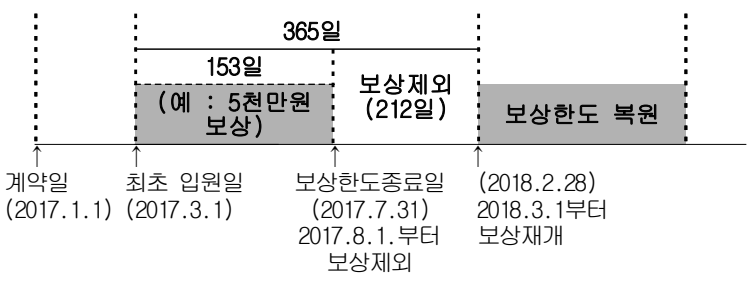
제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하는 사항		
(1) 상해 입원	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.		
	구 분		보상금액
	표 준 형	입원실료, 입원제비용 , 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다.
		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.
	선 택 형 (Ⅱ)	입원실료, 입원제비용 , 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 90%에 해당하는 금액과 ‘비급여 ^{주)} ’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여 ^{주)} 의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산

보장 종목	보상하는 사항		
(1) 상해 입원	선택 형 (Ⅱ)	구 분	보상금액
		입원실료, 입원제비용 , 입원수술비	하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다.
		상급병실료 차액	입원시 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.
		위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 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 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. ③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비 (「국민건강보험법 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.	

보장 종목	보상하는 사항
(1) 상해 입원	④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 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. <보상기간 예시> (i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우  (ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우  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 것

보장 종목	보상하는 사항						
(1) 상해 입원	으로 보아 제4항을 적용합니다. ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.						
(2) 상해 통원	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. <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>외래</td><td>방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금^{주1)}과 ‘비급여^{주1)}’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도를 한도로 합니다)</td></tr> <tr> <td>처방조제비</td><td>처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금^{주1)}과 ‘비급여^{주1)}’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td></tr> </tbody> </table> 주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도를 한도로 합니다)	처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)
구분	보 상 한 도						
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도를 한도로 합니다)						
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)						

보장 종목	보상하는 사항																	
(2) 상해 통원	경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함) 주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.																	
	<표1> 항목별 공제금액																	
	<table><tr><th colspan="2">구 분</th><th>항 목</th><th>공제 금액</th></tr><tr><td rowspan="4">표 준 형</td><td rowspan="3">외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td><td>「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><td>1만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr><tr><td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만 5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원</td><td>2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr><tr><td>처방 조제비</td><td>「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr></table>			구 분		항 목	공제 금액	표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 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	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액	처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	구 분		항 목	공제 금액														
	표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 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	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액														
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원			2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액															
처방 조제비		「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액															

보장 종목		보상하는 사항		
(2) 상해 통원	선택 형 (II)	구 분	항 목	공제 금액
		외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호 에 따른 의원, 치과의원, 한의 원, 같은 항 제2호에 따른 조 산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건 소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 의한 보 건진료소	1만원과 공제기준 금액 ^{주)} 중 큰금액
			「의료법」 제3조 제2항 제3호 에 따른 종합병원, 병원, 치과 병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 공제기준 금액 ^{주)} 중 큰금액
			「국민건강보험법」 제42조 제2 항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따 른 상급종합병원	2만원과 공제기준 금액 ^{주)} 중 큰금액
		처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1 항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약 품센터에서의 처방, 조제(의사 의 처방전 1건당, 의약분업 예 외 지역에서 약사의 직접조제 1 건당)	8천원과 공제기준 금액 ^{주)} 중 큰금액
주) 보장대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액 과 비급여 20%에 해당하는 금액의 합산액				
② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간 이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해 서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험 상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험 기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합 니다.				

보장 종목	보상하는 사항																
(2) 상해 통원	<보상기간 예시> <table><tr><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>추가보상 (180일)</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>계약일 (2017.1.1)</td><td>계약해당일 (2018.1.1)</td><td>계약해당일 (2019.1.1)</td><td>계약 종료일 (2019.12.31.)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>보상종료 (2020.6.28)</td></tr></table>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	계약일 (2017.1.1)	계약해당일 (2018.1.1)	계약해당일 (2019.1.1)	계약 종료일 (2019.12.31.)				보상종료 (2020.6.28)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)													
	↑	↑	↑	↑													
	계약일 (2017.1.1)	계약해당일 (2018.1.1)	계약해당일 (2019.1.1)	계약 종료일 (2019.12.31.)													
				보상종료 (2020.6.28)													
	③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 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.																
	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 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.																
	⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.																

보장 종목	보상하는 사항		
(3) 질병 입원	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.		
	구분		보상금액
	표 준 형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다.
		상급병실료 차액	입원시 실제로 사용한 병실과 기준 병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
	선 택 형 (II)	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 ‘비급여 ^{주)} ’ (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여 ^{주)} 의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다.

보장 종목	보상하는 사항		
(3) 질병 입원	선택 형 (II)	구분	보상금액
		상급병실료 차액	입원시 실제로 사용한 병실과 기준 병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
	위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 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 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 입원의료비는 보상하지 않습니다. 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. ④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 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		

보장 종목	보상하는 사항
(3) 질병 입원	365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.
	<보상기간 예시> (i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우 (ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우
	(3) 질병 입원 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 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다. 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

보장 종목	보상하는 사항				
(3) 질병 입원	경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다. ⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다. ⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다. ⑨ 제8항에서 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이란 이 약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑩ 이 약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.				
(4) 질병 통원	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. <table border="1" data-bbox="483 1680 1225 2045"> <thead> <tr> <th data-bbox="483 1680 611 1720">구분</th><th data-bbox="611 1680 1225 1720">보 상 한 도</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="483 1720 611 2045">외래</td><td data-bbox="611 1720 1225 2045">방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금¹⁾과 「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 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td></tr> </tbody> </table>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금 ¹⁾ 과 「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 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
구분	보 상 한 도				
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금 ¹⁾ 과 「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 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)				

보장 종목		보상하는 사항													
		구분	보 상 한 도												
		처방 조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양 급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본 인부담금’ 과 ‘비급여 ^{주1)} ’ 를 합한 금액(본인이 실 제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항 목별 공제금액’ 을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가 입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부 터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)												
주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강 보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여 법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여 항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험 법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포 함)															
주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만 원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액 을 말합니다.															
(4) 질병 통원 < 표1 > 항목별 공제금액 <table><tr><th colspan="2">구 분</th><th>항 목</th><th>공제 금액</th></tr><tr><td rowspan="3">표 준 형</td><td rowspan="3">외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td><td>「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건 의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치 법」 제15조에 따른 보건진료소</td><td>1만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr><tr><td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병 원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만 5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2 항에 따른 종합전문요양기관 또 는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원</td><td>2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr></table>				구 분		항 목	공제 금액	표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건 의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치 법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병 원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2 항에 따른 종합전문요양기관 또 는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
구 분		항 목	공제 금액												
표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건 의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치 법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액												
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병 원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액												
		「국민건강보험법」 제42조 제2 항에 따른 종합전문요양기관 또 는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액												

보장 종목	보상하는 사항			
(4) 질병 통원	구 분		항 목	공제 금액
	표 준 형	처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	선 택 형 (II)	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건 의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 공제기준 금액 ^{주)} 중 큰금액
			「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 공제기준 금액 ^{주)} 중 큰금액
			「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준 금액 ^{주)} 중 큰금액
		처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준 금액 ^{주)} 중 큰금액
	주) 보장대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액의 합산액 ② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이			

보장 종목	보상하는 사항												
(4) 질병 통원	내에 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.												
	<보상기간 예시> <table><tr><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>추가보상 (180일)</td></tr><tr><td>↑ 계약일 (2017. 1. 1)</td><td>↑ 계약해당일 (2018. 1. 1)</td><td>↑ 계약해당일 (2019. 1. 1)</td><td>↑ 계약 종료일 (2019. 12. 31.)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>↑ 보상종료 (2020. 6. 28)</td></tr></table>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (2017. 1. 1)	↑ 계약해당일 (2018. 1. 1)	↑ 계약해당일 (2019. 1. 1)	↑ 계약 종료일 (2019. 12. 31.)				↑ 보상종료 (2020. 6. 28)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)									
	↑ 계약일 (2017. 1. 1)	↑ 계약해당일 (2018. 1. 1)	↑ 계약해당일 (2019. 1. 1)	↑ 계약 종료일 (2019. 12. 31.)									
				↑ 보상종료 (2020. 6. 28)									
	③ 하나의 질병으로 인해 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.												
④ 「하나의 질병」이란 발생 원인이 동일한 질병 (의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.													
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.													
⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비 (「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규													

보장 종목	보상하는 사항
(4) 질병 통원	칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1>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. ⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다. ⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다. ⑨ 제8항에서 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이란 약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑩ 이 약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 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 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 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

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승 ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 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 비급여 의료비 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 진료재료의 구입 및 대체비용. 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

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다. 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
(2) 상해 통원	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 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 통원한 경우. 다만, 회사가 보상

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 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 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승 ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 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 비급여 의료비 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

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	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 진료재료의 구입 및 대체비용. 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 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 다리정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 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
(3) 질병 입원	① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 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 ② 회사는 ‘제7차 한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 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(000~099) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

보장 종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병 입원	5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 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 비급여 의료비 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 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아

보장 종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병 입원	인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 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 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 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 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 다리정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라

보장 종목	보상하지 않는 사항
	보상합니다. 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비 (다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
(4) 질병 통원	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 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 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 ‘제7차 한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 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(000~099) 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(K60~K62, K64)

보장 종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 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 비급여 의료비 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, 체외인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 발생한 의료비 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(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동

보장 종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	반하지 않는 단순포경(phimosi), 「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 진료재료의 구입 및 대체비용. 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 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 다리정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 따라 보상합니다. 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상함

보장 종목	보상하지 않는 사항
	니다) 12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 13 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제4조의2(추가특별약관에서 보상하는 사항)

① 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 이 약관에서 보상하지 않습니다.

- ① 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
- ② 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)
- ③ 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)
- ④ 제1호, 제2호 및 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.

제4관 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, 입원치

료확인서, 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

- 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
- 2. 조산원
- 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 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 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 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 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <붙임2>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 따른 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(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 중에서 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 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 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.

제5관 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.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약할 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

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 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변

경전 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.

⑤ 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 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【책임준비금】

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

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

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 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 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 최초계약을 체결한 날부터 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 권유했을 때
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제35조(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 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 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.
- ⑧ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을

최초계약으로 봅니다)

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.

제6관 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, 보험금 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 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 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

【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 등을 말합니다.

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 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다.

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.

제17조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약

자 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 인터넷홈페이지에서 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.

【통신판매계약】

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

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)

【자필서명】

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

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 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.

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 다음날부터 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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있

습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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.

제20조(보험나이 등)

① 이 약관에서 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 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2017년 4월 14일
⇒ 2017년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 28년 6월 12일
= 29세

제21조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제22조(특별약관의 자동갱신)

계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제23조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 마지막 날에 보장계약은 해제되는 것으로 봅니다.

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

제24조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제22조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제25조(재가입)

① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 종료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존계약 종료일의 다음 날로 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
- ③ 재가입 전 계약이 당사의 계약일 것(타사의 계약을 이 전받는 경우 제외)

② 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 종료일 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.

제7관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 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 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 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 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 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 지급사유가 발생할 때까지 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 따른 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제27조(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 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(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 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(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 더할 수 없습니다.
- ③ 제1항과 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간

에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 이루어진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음)를 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제29조(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 정하여 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 까지 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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제29조(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 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보험료에 대해서 평균공시이율에 1%를 더한 이율로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제31조(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 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 경우에는 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 청약

한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부
활(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.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집
행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강
제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이
행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는
것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를
체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납
된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산
압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으
로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추
심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환
급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에
의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분
절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게
됩니다.

제8관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수
있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제
1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(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 서

류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(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 <붙임2>에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제36조(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 회사는 제29조(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.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제38조(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 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액})}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}} \times \text{각 계약별 보상책임액}$$

제39조(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 한도내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제40조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있

습니다.

제41조(관할법원)

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

제42조(소멸시효)

보험금 청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금반환청구권 및 배당금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2017년 4월 1일에 발생하였음에도 2020년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제43조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 이 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 이 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제44조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제45조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 보험업법 등 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 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 회사가 제17조(약관교부 및 설명의무 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 계약의 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.

제46조(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.

제47조(준거법)

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

제48조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다.)

예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

**무배당 갱신형 실손의료비보장
추가특별약관 1707**

1. 갱신형 비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료 실손의료비보장 추가특별약관

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 이 추가특별약관은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 「도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치 료」를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지
부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정
한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여
절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국
민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목
포함)

② 회사는 이 추가특별약관의 명칭에 「비급여 도수치료 · 체
외충격파치료 · 증식치료 실손의료비」라는 문구를 포함하여
사용합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습
니다.

용 어	정 의
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근 골격계통 (관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개 선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도 수치료를 하는 경우에 한함
체외충격 파치료	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

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 무배당 갱신형 실손 의료비보장 특별약관1707 (이하「특별약관」이라 합니다) 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

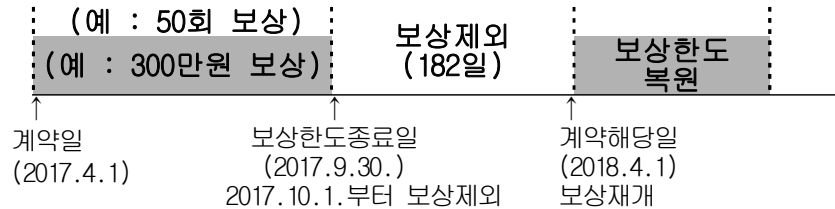
제3조(보상내용)

회사가 이 추가특별약관의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항	
① 회사는 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.	
구 분	내 용
보상대상 의료비	「도수치료·체외충격파치료·증식치료」로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(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	

보상하는 사항

(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우

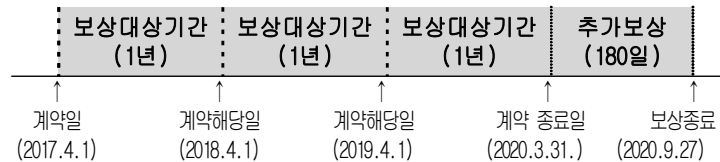


- ② 병원을 1회 통원(또는 입원)하여 이 추가특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ③ 제1항에서 보상하는 비급여 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 행위별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 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 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 잔여 횟수를 한도

보상하는 사항

로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



- ⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료·체외충격파치료·증식치료 비급여 의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 추가특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑨ 제8항에서 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이란 특별약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 특별약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 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.

보상하지 않는 사항

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 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 ‘제7차 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(000~099). 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 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양

보상하지 않는 사항

급여에 해당하지 않는 부분(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)·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 비급여 의료비
 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 질병 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 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 발생한 의료비
 - 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 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(phimosi), 「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 진료재료의 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 인한

보상하지 않는 사항

여 발생한 의료비

- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 건강보험 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 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 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(추가특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 추가특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

2. 갱신행 비급여 주사료 실손의료비보장 추가특별약관

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 이 추가특별약관은 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 추가특별약관의 명칭에 「비급여 주사료 실손의료비」라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
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’ ^{주)} 주) 「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’ 및 ‘화학요법제’ ^{주)} , ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’ ^{주)} 주) 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.

용 어	정 의
회귀 의약품	식품의약품안전처장이 「회귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품 ^{주)} 주) 「회귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 회귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 회귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

② 제3조(보상내용) 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 회귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 무배당 갱신형 실손의료비보장 특별약관1707(이하 「특별약관」이라 합니다)에서 보상합니다.

③ 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 추가특별약관의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항	
① 회사는 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.	
구 분	내 용
보상대상 의료비	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료
공제금액	입원 또는 통원 1회당 2만원과 보상대상 의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

<보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 250만원을 모두 보상한 경우

(예 : 30회 보상)
(예 : 250만원 보상)

보상제외 (151일)

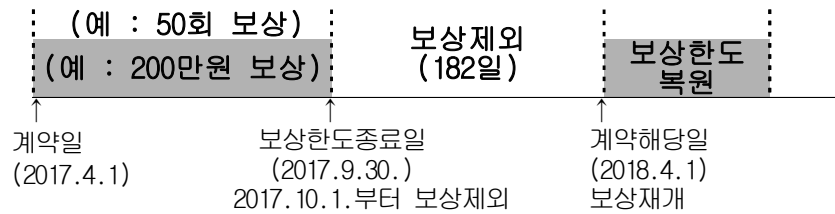
보상한도
복원

계약일 (2017.4.1) 보상한도종료일 (2017.10.31.) 계약해당일 (2018.4.1)

2017.11.1.부터 보상제외 보상재개

보상하는 사항

(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 250만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우

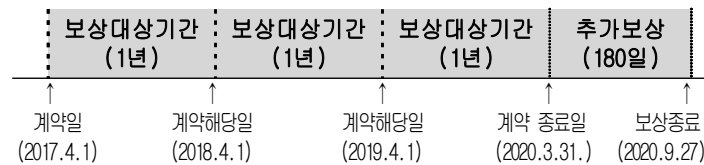


- ② 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ③ 제2항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 병원으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.
- ④ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액을 결정하기 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 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.
- ⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외함)

보상하는 사항

다) 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 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



- ⑧ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 주사료를 계산합니다.
- ⑨ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 추가특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑩ 제9항에서 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이란 특별약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 특별약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 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 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승 ③ 회사는 ‘제7차 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(000~099). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조

보상하지 않는 사항

(보상내용)에 따라 보상합니다.

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(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)·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 비급여 의료비
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 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 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 발생한 의료비
 - 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 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]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발,

보상하지 않는 사항

- 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 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), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 건강보험 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 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 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. 증식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

제5조(추가특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 추가특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

3. 갱신형 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비보장 추가특별약관

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 이 추가특별약관은 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 추가특별약관의 명칭에 「비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비」라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어	정의
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 무배당 갱신형 실손의료비보장 특별약관1707(이하 「특별약관」이라 합니다) 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

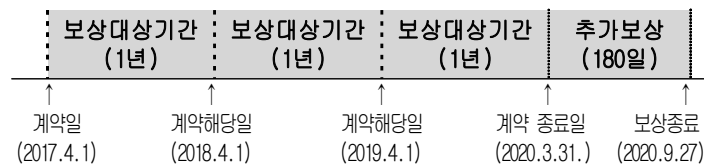
회사가 이 추가특별약관의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항	
① 회사는 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 「자기공명영상진단」을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.	
구 분	내 용
보상대상 의료비	「자기공명영상진단」을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(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 추가특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 추가특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.	
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.	
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.	
⑤ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외함)	

보상하는 사항

다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에
서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔
여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동
갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우
는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1
항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



- ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받
고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우
는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상
진단(MRI/MRA) 의료비를 계산합니다.
- ⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이
라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는
최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병
으로 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는
치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후
는 이 추가특별약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항에서 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이란 특별
약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고
(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하
지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 특별약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계
약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어
진 경우 부활일을 제7항의 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.

보상하지 않는 사항

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 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 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 손해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 ‘제7차 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(000~099). 다만, 회사가 보상하는 손해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)

보상하지 않는 사항

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)

④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아 관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·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 비급여 의료비
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 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 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 발생한 의료비
 - 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 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(phimosi s), 「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 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그

보상하지 않는 사항

- 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), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여 대상에 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 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 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(추가특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 추가특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

<붙임1> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 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. 이 계약의 평균공시이율은 3.0%
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 자격을 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 제3항에 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

용 어	정 의
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 ‘이와 동등하다고 인정되는 의료기관’	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대로(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 관리 하에 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 한국회귀약품센터에서의 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, 석고붕대로(cast), 지정진료비 등

용 어	정 의
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 1.진찰검사 2.약제치료재료의 지급 3.처차수술 또는 그 밖의 치료 4.예방재활 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 1.진찰검사 2.약제치료재료의 지급 3.처차수술 또는 그 밖의 치료 4.예방재활 5.입원 6.간호 7.이송 8. 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
「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 경우에는 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 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상 의료비	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

용 어	정 의
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 계약 별 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
체외충격파 치료	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’ 와 ‘화학요법제’, ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’ * * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

용 어	정 의
자기공명영상 진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 상의 MRI 범주에 따름)

<붙임2> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보장관련 보험금 (특별약관 제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지 환급금 (특별약관 제35조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 날짜 단위로 계산합니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

기타 제도성 특별약관

1. 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

- ① 이 특별약관은 무배당 알파Plus보장보험1707 특별약관 중 자동갱신 적용대상 특별약관(이하 「자동갱신 적용대상 계약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.
- ② 제1항의 자동갱신 적용대상 특별약관(이하 「자동갱신 적용대상 특별약관」이라 합니다)이라 함은 아래의 특별약관을 말합니다.

【자동갱신 적용대상 특별약관】

·갱신형 질병입원일당 (1일이상, 전환용)	·갱신형 질병사망
·갱신형 간병인지원 일반상해 입원일당(1일이상)	·갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ) (주택내 화재 및 폭발 제외)
·갱신형 간병인지원 질병입원일당 (1일이상)	·갱신형 일반상해사망고도후유장해
·갱신형 일반상해입원일당 (1일이상, 전환용)	·갱신형 암수술비(Ⅰ)
·갱신형 암진단비	·갱신형 암수술비(Ⅱ)
·갱신형 뇌졸중진단비	·갱신형 항암방사선약물치료비
·갱신형 급성심근경색증진단비	·갱신형 암직접치료입원일당 (4일이상)
·갱신형 질병입원일당(1일이상)	·갱신형 암직접치료입원일당 (1일이상)
·갱신형 일반상해입원일당 (1일이상)	·갱신형 자녀배상책임(Ⅱ)
·갱신형 질병수술비	·갱신형 자녀배상책임(Ⅱ) (주택내 화재 및 폭발 제외)
·갱신형 재진단암진단비	

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)

- ① 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 자동갱신 적용대상 계약(이하 「갱신전 보장계약」이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 자동갱신 적용대상 계약(이하 「갱신보장계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
- ③ 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제30조(보험료의 납입이 연체되는

경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입 완료 되었을 것

② 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 보장계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제3조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며 보험료율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신보장계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제4조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 마지막 날에 보장계약은 해제되는 것으로 봅니다.

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

제5조(자동갱신 적용대상 계약의 보장개시)

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 알파Plus보장
보험1707 보통약관 및 해당 자동갱신 적용대상 계약을 따릅니다.

2. 피보험자추가 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에 따라 무배당 알파Plus보장보험1707 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다)에서의 피보험자는 피보험자 본인 이외에 아래의 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 합니다.

- ① 본인의 배우자
- ② 본인의 부모
- ③ 배우자의 부모
- ④ 본인 또는 배우자의 자녀

② 제1항의 피보험자는 최초 계약을 체결할 때 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 자를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 이 특약을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사가 정한 기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관의 보장개시일은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 이 특별약관에서 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 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 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 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표53(특정부위·질병 분류표)】중에서 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ① 회사가 지정한 부위(이하 「특정부위」라 합니다)에 진단확정된 질병(【별표53-1(특정부위 분류표)】) 또는 특정부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 진단확정된 질병(단, 전이는 합병증

으로 보지 않습니다)

- ② 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다)
(【별표53-2(특정질병 분류표)】)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 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 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 「보험계약의 보험기간」으로 적용한 경우 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호 또는 제1항 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않으면 계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 보상합니다.

④ 제3항의 「계약 청약일로부터 5년 이내」라 함은 보통약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

⑤ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하여 드리며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ① 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 진단확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 진단확정된 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 진단확정된 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ④ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 인하여 사망하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

⑥ 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급

하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

[7] 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생했을 경우, 그 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

[8] 제1항 제1호의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 보통약관이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 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 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1명 또는 2명의 사람을 운송하기 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125cc이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 그 보험금 지급사유가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 보험금 지급사유인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발행하는 사고처리확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)】

「자동차관리법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
이륜자동차	배기량이 50cc 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량(기타형에만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	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
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기를 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

나. 이륜자동차(법 제3조제1항 제5호)의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차" : 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차를 포함한다.

- 1) 이론인 자동차에 축차를 붙인 자동차
 - 2) 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이론의 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」 제2조제5호에 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. 이론자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

5. 사망보험금 양육연금전환 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 사망보험금 양육연금전환 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하고 사망보험금을 일시에 지급하는 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 또는 체결한 이후에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

② 계약이 해지 또는 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 피보험자의 사망으로 계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 효력은 제6조(양육연금의 운용) 제1항에서 정한 양육연금의 지급이 종료될 때까지 소멸하지 않습니다.

제2조(특별약관의 청약)

① 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 이 특별약관을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 이 특별약관을 청약할 때 계약의 보험수익자를 양육연금을 받는 자(이하 「수익자녀」라 합니다)로 지정 또는 변경하여야 합니다.

③ 계약자는 계약에서 일시에 지급되는 사망보험금의 50%이상을 양육연금의 지급을 위한 전환금액(이하 「양육연금전환금액」이라 합니다)으로 선택하여야 합니다.

④ 계약자는 수익자녀 나이 15세, 20세, 25세 중 하나를 양육연금의 지급종료나이(이하 「양육연금종료나이」라 합니다)로 선택하여야 합니다.

⑤ 계약자가 이 특별약관을 청약하고 회사의 승낙(이하 「특별약관의 체결」이라 합니다)이 있은 후 계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 아래 각 호의 경우에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

- ① 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특별약관을 체결할 때 정한 양육연금종료나이와 같거나 초과한 경우
- ② 이 특별약관의 체결 후 수익자녀가 사망하거나 계약의 보험수익자에서 제외된 경우

제3조(수익자녀의 범위)

제2조(특별약관의 청약) 제2항의 수익자녀는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀 중 1명으로 합니다.

제4조(계약내용의 변경)

① 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.

- ① 수익자녀
- ② 양육연금전환금액
- ③ 양육연금종료나이

② 계약자가 제1항 제1호 내지 제3호의 사항을 변경하고자 할 때에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(양육연금의 운용)

① 회사는 제2조(특별약관의 청약) 제3항에서 정한 양육연금전환금액을 재원(이하「양육연금재원」이라 합니다)으로 양육연금의 지급기간동안 동일한 금액(이하「양육연금」이라 합니다)을 매년 보험금 지급사유 발생일에 수익자녀에게 지급합니다. 이 경우 미지급된 양육연금재원에 대해서 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

② 제1항의 양육연금의 지급기간(이하「양육연금지급기간」이라 합니다)이라 함은 제2조(특별약관의 청약) 제4항의 양육연금종료나이에서 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.

③ 양육연금지급기간 중 수익자녀의 나이에 따른 제한사항은 아래와 같습니다.

- ① 수익자녀의 나이가 만20세 미만인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 없습니다.
- ② 수익자녀의 나이가 만20세 이상인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 있으며 이 때 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

④ 제3항 제1호에도 불구하고 수익자녀가 양육연금지급기간 중 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 수익자녀의 법정 상속인에게 일시에 지급하는 금액으로 지급하며 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

⑤ 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 제3항 제2호의 경우를 제외하고 양육연금지급기간 중 미지급 양육연금에 대해서 계약의 보통약관에 따라 일시에 지급하는 금액의 청구나 보험금수령방법의 변경에 관한 권리를 행사할 수 없습니다.

제7조(나이의 계산 및 적용)

① 제2조(특별약관의 청약) 제4항 내지 제5항 및 제6조(양육연금의 운용) 제2항의 나이는 수익자녀의 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 보험금 지급사유 발생일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 보험금 지급사유 발생일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(양육연금의 운용) 제3항의 나이는 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 합니다.

제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

① 이 특별약관의 보험료는 없습니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제9조(해지된 특별약관의 부활)

① 회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 계약의 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활을 취급합니다.

② 계약의 부활을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특별약관도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관을 부활하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제10조(보험금의 청구)

수익자녀, 수익자녀의 법정대리인은 아래 각 호의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀임을 확인할 수 있는 서류

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정

부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

- ④ 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류
- ⑤ 기타 수익자녀가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일을 계약자 또는 수익자녀에게 서면으로 통지합니다.
- ③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자녀의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 계약의 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 전자서명 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.(이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)
- ② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명(이하 「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제21조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조(정의)】

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경 여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경 여부를 확인할 수 있을 것

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「계약 안내자료」라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해

당 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴 의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 「특약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조에 따른 변경지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 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(기본 증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명

서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

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

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

제6조(보험금의 청구)

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

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

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

8. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

② 제1항에 따라 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 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 보통약관의 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

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

제3조(계약 후 알릴의무)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9. 특별조건부(할증보험료법) 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

① 이 특별약관은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관은 「해당계약」이라 합니다.)

② 이 특별약관의 효력발생일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 해당계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(특별조건부(할증보험료법) 특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않아 계약체결이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

① 특별약관에 따라 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 계약을 체결할 때 “표준체보험료”에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별조건부 특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다.
- ② 제1호의 “표준체보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.
- ③ 제1호의 “특별조건부 특별약관보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하여 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.

【표준체위험률】

회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합한 보험료적립금의 계산 등을 위해 회사가 정하는 위험률

【할증률】

회사가 정한 위험지수 기준에 따라 표준체위험률에 부가한 요율

② 회사는 제1항에 따라 해당계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 기본계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(할증률의 적용)

제3조(특별약관의 부가조건) 제1항에서 정한 할증률은 해당계약 종료시까지 변동되지 않습니다. 다만, 갱신시 표준체 위험률 변경에 따라 특별조건부 특별약관보험료는 변동될 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 해당계약을 따릅니다.