www.mggeneralins.com

무배당 건강명의

암보험 [20.04]

오늘부터!
MG손해보험

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스 이용 범위

고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용되며, 고객이 영업장, 인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1)회사가 본인의 개인신용정보(이하 "본인정보")를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2)회사가 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. 본인정보의 제공사실 통보 요구

「**신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제35조**에 따라 회사가 본인정보를 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 회사에 요구할 수 있습니다.

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제36조에 따라 회사가 제3자로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우 그 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제공·이용 동의철회 요구권 및 연락중지 요구

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

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

라. 본인정보의 열람 및 정정요구

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

마. 본인정보의 무료 열람 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 코리아크레딧뷰로)를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

바. 위의 권리행사**(동 법률 제35조~38조)**를 원하시는 고객은 아래의 매체를 통하여 신청하여 주시기 바랍니다.

▶ 전 화 : 1588-5959

▶ 인터넷 : http://www.mggeneralins.com

▶ 서 면 : 서울특별시 강남구 테헤란로 335 MG손해보험빌딩

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

가. 당사 개인정보 보호실무책임자 :

▶ (02)3788-2856/서울특별시 강남구 테헤란로 335

나. 손해보험협회 개인신용정보 보호담당자 :

▶ (02)3702-8500/서울특별시 종로구 종로5길 68

다. 금융감독원 개인신용정보 보호담당자 :

▶ 국번없이 1332/서울특별시 영등포구 여의대로 38

목 차

◇ 가입자 유의사항 ····· 7
◇ 주요내용 요약서 ····· 10
◇ 보험용어해설 ····· 12
◇ 보험 안내서 ····· 13
1. 장기손해보험의 원리 및 특성 ····· 13
2. 장기손해보험 상품의 유형 ····· 14
3. 장기손해보험 상품의 선택방법 ····· 15
4. 장기손해보험가입자 보호제도 ····· 16
5. 손해보험 상담 및 분쟁조정 안내 ····· 17

[1종(연만기자동갱신형)]

◇ 무배당 건강명의암보험(20.04) 1종(연만기자동갱신형) 보통약관 ····· 19

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 20
제1조(목적) ····· 20
제2조(용어의 정의) ····· 20

제2관 보험금의 지급 ····· 21
제3조("암"의 정의 및 진단확정) ····· 21
제4조(보험금의 지급사유) ····· 21
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 21
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 22
제7조(보험금의 청구) ····· 22
제8조(보험금의 지급절차) ····· 22
제9조(『보장성보험공시이율(1701)』의 적용 및 공시) ····· 23
제10조(중도인출에 관한 사항) ····· 23
제11조(만기환급금의 지급) ····· 24
제12조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 24
제13조(주소변경통지) ····· 24
제14조(보험수익자의 지정) ····· 24
제15조(대표자의 지정) ····· 25

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 25
제16조(계약 전 알릴 의무) ····· 25
제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 25
제18조(사기에 의한 계약) ····· 26

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 26
제19조(보험계약의 성립) ····· 26
제20조(청약의 철회) ····· 27
제21조(약관교부 및 설명 의무 등) ····· 28
제22조(계약의 무효) ····· 29
제23조(계약의 자동갱신) ····· 29
제24조(자동갱신 적용) ····· 29
제25조(계약내용의 변경 등) ····· 29
제26조(보험나이 등) ····· 30
제27조(계약의 소멸) ····· 30

제5관 보험료의 납입 ····· 31
제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 31
제29조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 32
제30조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 32
제31조(보험료의 납입면제) ····· 33
제32조(보험료의 자동대출납입) ····· 34
제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 35
제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 35
제35조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 35

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 36
제36조(계약자의 임의해지) ····· 36
제37조(중대사유로 인한 해지) ····· 36
제38조(회사의 파산선고와 해지) ····· 36
제39조(해지환급금) ····· 36
제40조(보험계약대출) ····· 37
제41조(배당금의 지급) ····· 37

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 37
제42조(분쟁의 조정) ····· 37
제43조(관할법원) ····· 37
제44조(소멸시효) ····· 37
제45조(약관의 해석) ····· 37
제46조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····· 38
제47조(회사의 손해배상책임) ····· 38
제48조(개인정보보호) ····· 38
제49조(준거법) ····· 38
제50조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 38

◇ 무배당 건강명의암보험(20.04) 1종(연만기자동갱신형) 특별약관 ····· 39

◆ 1. 상해관련 특별약관 ····· 40
1-1. 일반상해 사망보험금 특별약관 (갱신형) ····· 40
1-2. 일반상해 후유장해보험금 특별약관 (갱신형) ····· 44
1-3. 일반상해 80%이상후유장해보험금 특별약관 (갱신형) ····· 48
1-4. 일반상해 50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형) 특별약관 (갱신형) ····· 52
1-5. 일반상해 20%이상후유장해보험금 특별약관 (갱신형) ····· 56

◆ 2. 질병관련 특별약관 ····· 61
2-1. 유사암진단비 특별약관 (갱신형) ····· 61
2-2. 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형) 특별약관 (갱신형) ····· 62
2-3. 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형) 특별약관 (갱신형) ····· 65
2-4. 특정암진단비 특별약관 (갱신형) ····· 67
2-5. 특정암간병자금(월단위분할지급형) 특별약관 (갱신형) ····· 69
2-6. 3대고액치료비암진단비 특별약관 (갱신형) ····· 71
2-7. 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형) 특별약관 (갱신형) ····· 73
2-8. 여성3대암진단비 특별약관 (갱신형) ····· 75
2-9. 양성뇌종양진단비 특별약관 (갱신형) ····· 77
2-10. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 (갱신형) ····· 78
2-11. 암수술비 특별약관 (갱신형) ····· 82

2-12. 암수술비(유사암제외, 1회한) 특별약관 (갱신형) ··· 85
2-13. 항암방사선약물치료비 특별약관 (갱신형) ··· 87
2-14. 급성심근경색증진단비 특별약관 (갱신형) ··· 89
2-15. 뇌졸중진단비 특별약관 (갱신형) ··· 91
2-16. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관 (갱신형) ··· 93
2-17. 질병수술비 특별약관 (갱신형) ··· 95
2-18. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관 (갱신형) ··· 97
2-19. 질병사망보험금 특별약관 (갱신형) ··· 99
2-20. 암사망보험금 특별약관 (갱신형) ··· 101
2-21. 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관 (갱신형) ··· 104
2-22. 암한방치료비(유사암제외) 특별약관 (갱신형) ··· 106
2-23. 유사암한방치료비 특별약관 (갱신형) ··· 110
2-24. 암한방치료비(유사암및특정소액암제외) 특별약관 (갱신형) ··· 114
2-25. 급성심근경색증한방치료비 특별약관 (갱신형) ··· 118
2-26. 뇌졸중한방치료비 특별약관 (갱신형) ··· 122
2-27. 항암방사선약물한방치료비 특별약관 (갱신형) ··· 125
2-28. 요양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관 (갱신형) ··· 129

◆ 제도성 특별약관 ··· 133
1. 보험료 자동납입 특별약관 ··· 133
2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ··· 133
3. 이륜자동차 운전중 상해 미보장 특별약관 ··· 135
4. 지정대리청구서비스 특별약관 ··· 136

[2종(세만기형)]

◇ 무배당 건강명의암보험(20.04) 2종(세만기형) 보통약관 ··· 139

제1관 목적 및 용어의 정의 ··· 140
제1조(목적) ··· 140
제2조(용어의 정의) ··· 140

제2관 보험금의 지급 ··· 141
제3조(“암”의 정의 및 진단확정) ··· 141
제4조(보험금의 지급사유) ··· 141
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) ··· 141
제6조(보험금 지급사유의 통지) ··· 141
제7조(보험금의 청구) ··· 141
제8조(보험금의 지급절차) ··· 142
제9조(『보장성보험공시이율(1701)』의 적용 및 공시) ··· 143
제10조(중도인출에 관한 사항) ··· 143
제11조(만기환급금의 지급) ··· 144
제12조(보험금 받는 방법의 변경) ··· 144
제13조(주소변경통지) ··· 144
제14조(보험수익자의 지정) ··· 144
제15조(대표자의 지정) ··· 145

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ··· 145
제16조(계약 전 알릴 의무) ··· 145
제17조(알릴 의무 위반의 효과) ··· 145
제18조(사기에 의한 계약) ··· 146

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 146
제19조(보험계약의 성립) ····· 146
제20조(청약의 철회) ····· 147
제21조(약관교부 및 설명 의무 등) ····· 147
제22조(계약의 무효) ····· 149
제23조(계약내용의 변경 등) ····· 149
제24조(보험나이 등) ····· 149
제25조(계약의 소멸) ····· 150

제5관 보험료의 납입 ····· 151
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 151
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 151
제28조(보험료의 납입면제) ····· 152
제29조(보험료의 자동대출납입) ····· 153
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 154
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 154
제32조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 154

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 155
제33조(계약자의 임의해지) ····· 155
제34조(중대사유로 인한 해지) ····· 155
제35조(회사의 파산선고와 해지) ····· 155
제36조(해지환급금) ····· 156
제37조(보험계약대출) ····· 156
제38조(배당금의 지급) ····· 156

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 156
제39조(분쟁의 조정) ····· 156
제40조(관할법원) ····· 156
제41조(소멸시효) ····· 156
제42조(약관의 해석) ····· 157
제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····· 157
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 157
제45조(개인정보보호) ····· 157
제46조(준거법) ····· 157
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 157

◇ 무배당 건강명의암보험(20.04) 2종(세만기형) 특별약관 ····· 159

◆ 1. 상해관련 특별약관 ····· 160
1-1. 일반상해 사망보험금 특별약관 ····· 160
1-2. 일반상해 후유장해보험금 특별약관 ····· 164
1-3. 일반상해 80%이상후유장해보험금 특별약관 ····· 168
1-4. 일반상해 50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형) 특별약관 ····· 172
1-5. 일반상해 20%이상후유장해보험금 특별약관 ····· 176

◆ 2. 질병관련 특별약관 ····· 180
2-1. 유사암진단비 특별약관 ····· 180
2-2. 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형) 특별약관 ····· 181
2-3. 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형) 특별약관 ····· 183

2-4. 특정암진단비 특별약관 ····· 185
2-5. 특정암간병자금(월단위분할지급형) 특별약관 ····· 187
2-6. 3대고액치료비암진단비 특별약관 ····· 189
2-7. 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형) 특별약관 ····· 190
2-8. 여성3대암진단비 특별약관 ····· 192
2-9. 양성뇌종양진단비 특별약관 ····· 194
2-10. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 195
2-11. 암수술비 특별약관 ····· 199
2-12. 암수술비(유사암제외, 1회한) 특별약관 ····· 201
2-13. 항암방사선약물치료비 특별약관 ····· 203
2-14. 급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 206
2-15. 뇌졸중진단비 특별약관 ····· 207
2-16. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 209
2-17. 질병수술비 특별약관 ····· 211
2-18. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관 ····· 213
2-19. 질병사망보험금 특별약관 ····· 215
2-20. 암사망보험금 특별약관 ····· 217
2-21. 암진단비(유사암제외) 특별약관 ····· 220
2-22. 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관 ····· 221
2-23. 요양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관 ····· 224

◆ 제도성 특별약관 ····· 228
1. 보험료 자동납입 특별약관 ····· 228
2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 228
3. 이륜자동차 운전중 상해 미보장 특별약관 ····· 230
4. 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 231

◆ 별표
【별표1】 장해 분류표 ····· 233
<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 ····· 253
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 254
【별표3】 악성신생물(암) 분류표 ····· 255
【별표4】 제자리의 신생물 분류표 ····· 256
【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 257
【별표6】 특정악성신생물(암) 분류표 ····· 258
【별표7】 3대고액치료비암 분류표 ····· 259
【별표8】 여성 3대암 분류표 ····· 260
【별표9】 급성심근경색증 분류표 ····· 261
【별표10】 뇌졸중 분류표 ····· 262
【별표11】 특정부위 분류표 ····· 263
【별표12】 특정질병 분류표 ····· 265
【별표13】 기타 관계 법규 ····· 268

가입자 유의사항

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반
- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 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 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)
- 부활(효력회복)계약의 암보장 개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 건강보험
- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형인 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 담보
- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다. 또한, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 갱신형 담보
- 갱신형 특별약관의 보험기간은 갱신을 통해 만기시까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

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

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 담보
- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)미만인 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 담보
- 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 간병 관련 담보
- '활동불능상태'란 보조기구를 사용하여도 이동, 식사, 목욕, 옷입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태가 90일이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- '중증치매상태'란 약관에서 정한 일정정도 이상의 중증치매로 진단되고 90일이상 CDR척도 3점 이상의 '인지기능장애'가 발생한 상태를 말합니다.

○ CI 관련 담보
- CI관련담보는 전체 질병이 아닌 중대한 암 등 약관에서 정하는 특정한 질병만을 보험금 지급대상으로 하므로, 중대한 질병이 무엇인지를 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ 수술 관련 담보
- 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 담보
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

○ 교통상해 관련 담보
- '휴일'이라 함은 토요일과 '관공서의 공휴일에 관한 규정에서 정한 휴일'로 하며, 국외인 경우 사고발생지의 토요일과 해당 법률상 관공서의 공휴일로 합니다.
- '운전중 교통상해사망보험금'에서 말하는 차량에는 이륜자동차(오토바이, 원동기장치 자전거 등)는 포함되지 않습니다.

○ 어린이보험
- 피보험자가 만15세 미만에 사망시 사망보험금을 지급하지 않으며, 책임준비금과 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 지급합니다.

○ 실손의료비보험

- 이 보험은 발생 의료비 중 국민건강보험 급여의 본인부담금과 비급여를 보장해주며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.

< 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 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 특약의 의료비를 초과했을 때, 회사는 이 특약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급합니다.

○ 배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 특약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 특약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 진단계약, 전문보험계약자가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효(신체관련)

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우. 다만 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 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.

5. 계약의 무효(재물관련)

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

- 계약에 관하여 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
- 계약을 맺을 때 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 않았을 경우

6. 계약의 소멸(신체 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

7. 계약의 소멸(재물 관련)

사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)의 80%를 넘을 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

8. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 보험료의 납입을 연체하는 경우 회사는 14일이상의 기간을 정하여 납입최고(독촉)하고, 그때까지 해당 보험료를 납입하지 않으면 계약이 해지 됩니다.

9. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

10. 중도인출

중도인출이 가능한 상품에 한하여 상품별 약관에서 정한 방법에 따라 중도인출금을 지급합니다.

11. 계약전· 후 알릴 의무

1) 계약전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)
2) 계약후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
   - 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무가 변경되거나 피보험자의 운전 목적 또는 운전여부가 변경된 경우(취직을 하거나 현재 직업을 그만둔 경우, 자가용에서 영업용으로 변경, 비운전자에서 운전자로 변경 등)
   - 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우
3) 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

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

12. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 지급보험금이 결정된 후 7일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

13. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 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, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어해설

보험약관		· 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권		· 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약자		· 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자		· 보험사고 발생의 대상이 되는 사람
보험수익자		· 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
보험료	보장 보험료	· 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
	적립 보험료	· 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
	적립부분 순보험료	· 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액
보험금		· 피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보험기간		· 보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일		· 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일		· 계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
보험가입금액		· 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액 ※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨
책임준비금		· 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
해지환급금		· 계약의 효력 상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험 안내서

귀하께서는 저희 MG손해보험(주)와 보험계약을 체결하셨습니다.

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

이 보험 안내서는 귀하께서 보험에 대한 합리적인 선택을 하시는데 도움을 드리고자 손해보험 상품을 가입하시기 전에 꼭 알아두셔야 할 사항에 대하여 설명하고 있습니다.
해당사항에 대해 궁금한 점이 있으신 경우, 본사 고객센터(Tel : 1588-5959)나 인터넷 홈페이지(www.mggeneralins.com)를 통해 문의하시면 상세히 안내하여 드리겠습니다.

【목차】
1. 장기손해보험의 원리 및 특성
2. 장기손해보험상품의 유형
3. 장기손해보험상품의 선택방법
4. 장기손해보험가입자 보호제도
5. 장기손해보험 상담 및 분쟁조정 안내

또한, 보험계약 체결시 보험약관 및 청약서 부본을 전달받지 못하셨거나 모집종사자의 부당행위가 있을 경우, 첨부되어 있는 “보험계약확인 반송엽서”를 저희 회사 장기보험팀로 보내주시면 즉시 시정해 드리겠습니다.

1. 장기손해보험의 원리 및 특성

□ 장기손해보험계약은 당사자 일방이 약정한 보험료를 납입하고, 상대방이 재산 또는 생명이나 신체 등에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 발생한 손해를 약관에서 정한 바에 따라 보상(보험금)받게 되는 경제적 준비제도입니다.

□ 장기손해보험은 다음과 같은 특성을 가지고 있습니다.

① 장기손해보험은 계약자가 납입한 보험료 중에서 저축보험료 부분을 회사가 보험기간동안 공시이율로 운용하여 보험기간이 만료되는 시점에서 계약자에게 만기환급금으로 지급하는 저축기능과 보험기간 동안의 위험을 보장받을 수 있는 보장기능을 겸하고 있는 보험 상품입니다.
다만, 순수보장성 보험의 경우에는 만기환급금이 없는 대신에 보험료가 저렴합니다.

② 보험계약은 보험계약자가 청약을 하고 보험회사가 승낙을 하면 성립됩니다. 보험계약자가 청약을 하고 보험료를 납부하신 후 30일 이내에 보험회사의 거절의 통지가 없으면 보험계약이 승낙된 것으로 봅니다.

③ 장기손해보험의 보험료 납입은 연납을 원칙으로 하되 계약자의 선택에 따라 월납, 2개월납, 3개월납, 6개월납, 일시납 등으로 할 수 있습니다. 만기시 지급하는 만기환급금의 재원으로 인하여 보험료 규모가 크고, 보험기간이 장기인 점을 감안하여 납입방법을 다양하게 선택할 수

있도록 하고 있습니다.

④ 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 안내하여 드리며, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

⑤ 보험계약이 보험료납입 지연 등으로 해지되었으나, 해지환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료와 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하시면 보험계약이 부활(효력회복)됩니다.

⑥ 보험계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사에서 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다. 보험계약대출은 별도의 담보가 필요 없으며, 대출을 받은 계약자는 회사가 정한 대출이율에 해당하는 이자를 부담하셔야 합니다. 계약자는 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 미상환시 회사는 보험금 또는 해지환급금 지급시 제지급금과 상계할 수 있습니다.
다만, 순수보장성 보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

⑦ 장기보험계약의 관련자는 보험계약자, 피보험자, 사망보험금수익자, 보험회사로 구성됩니다.
■ 보험계약자는 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
■ 보험회사는 보험금 지급의무를 지는 회사를 말합니다.
■ 피보험자는 보험사고 발생의 대상이 되는 자 또는 보험금청구권을 가지는 자 입니다.
■ 사망보험금수익자는 보험사고 발생시 사망보험금 청구권을 가진자입니다.

2. 장기손해보험 상품의 유형

□ 장기손해보험은 통상적으로 보험사고가 발생하여 손해를 입었을 경우에 보험금을 지급받고, 만기시에는 만기환급금을 지급받을 수 있도록 위험보장기능과 저축기능을 겸비한 보험 상품입니다. (순수보장성 보험 제외)
이러한 기능을 갖는 장기손해보험은 보험소비자들의 다양한 요구에 따라 여러 가지 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

□ 아래에 열거한 장기손해보험의 종류는 손해보험 소비자의 이해를 돕기 위해 편의상 분류한 것으로 구체적인 상품의 종류 및 내용은 저희회사 고객센터나 인터넷 홈페이지의 상품공시실을 통하여 쉽게 확인하실 수 있습니다.

■ 장기손해보험의 종류 ■
① 재물보험
화재 등으로 인해 보험의 목적인 재물에 생긴 손해를 보장하는 보험
② 상해보험
일상생활도중 발생할 수 있는 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인해 신체에 상해를 입었을 경우, 그 손해를 보상해 주는 보험으로 사망·후유장해보험금, 의료비 등을 지급하는 보험
③ 운전자보험
운전 중 발생할 수 있는 각종 신체상해 위험과 법률관련 비용 및 기타 비용손해를 종합 보장하는 보험

④ 저축성보험
저축시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험으로 위험보장과 저축기능을 겸비한 보험
⑤ 질병보험
각종 질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 손해를 다양하게 보장하는 보험
⑥ 간병보험
활동불능 또는 인식불명 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 손해를 보장하는 보험
⑦ 연금저축손해보험
일정연령 이후에 생존하는 경우, 생활연금의 지급을 주된 목적으로 하는 보험

3. 장기손해보험 상품의 선택방법

저희 회사는 보험소비자의 다양한 요구를 충족시키고자 여러 가지 유형의 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.
이러한 여러 가지 유형의 상품 중에서 다음 사항을 고려하셔서 상품을 선택하시기 바랍니다.

□ 보험에 가입하고자 하는 목적이 무엇인지를 고려하십시오.
보험에 가입하고자 하는 목적이 재산에 발생할 위험보장인지, 상해·질병 등의 신체위험에 대한 보장인지 또는 재산증식이나 노후의 생활자금을 보장받을 목적인지 등 가입목적을 고려하여 선택하시기 바랍니다.

□ 각종 위험에 대한 보험가입금액이 적정한지를 고려하십시오.
각종 사고로 인하여 재산에 손해가 발생할 때 또는 경제적 능력이 상실되었을 때 재산피해에 대한 복구비, 가족의 생계비, 의료비 등 필요한 비용수준을 고려하여 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.
그러나 보험 상품은 보험가입금액이 커지면 보험회사에 납입해야 하는 보험료도 커지기 때문에 현재 또는 가까운 장래의 경제사정 등을 함께 감안하셔서 적정한 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.

□ 가입을 원하시는 상품의 보험료와 보험금 등을 비교하셔야 하는데, 보험료는 다음과 같은 요인에 따라 변동될 수 있습니다.
■ 가입하실 보험 상품의 보상하는 손해의 범위(일반상해, 교통상해 등), 보험금 지급기준 및 지급방법(O배 보상, O회 분할지급, O배 체증지급) 등에 따라 보험료가 달라집니다.
■ 보험 기간중 또는 보험기간이 끝난 후 회사가 지급을 약정한 환급금(중도·만기환급금)의 규모에 따라 보험료가 달라집니다.
■ 회사가 보험료를 받고 미래에 발생할 사고에 대한 보험금 또는 중도환급금, 만기환급금을 지급할 때까지 적용하기로 한 적용이율에 따라 보험료가 달라집니다. 적용이율이 낮을수록 보험료가 올라갑니다.

위에서 설명한 내용은 저희 회사 홈페이지「상품공시실(상품요약서)」또는「가격공시실」등에서 구체적으로 확인하실 수 있으며, 원하실 경우 저희 회사에 직접 방문하시어 보험 상품과 관련된 기초서류 등을 열람하실 수도 있습니다.

4. 장기손해보험가입자 보호제도

가. 품질보증제도

보험계약자가 보험가입시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 청약서에 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하지 않았을 경우, 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못하였을 때에는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 회사에 보험계약의 취소를 요구할 수 있는"품질보증제도"를 운영하고 있습니다.

계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 되돌려 드립니다. 다만, 전자거래기본법에 의해 컴퓨터를 이용하여 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 계약자 보관용 청약서를 드리지 않을 수 있습니다.

나. 청약철회청구제도

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 진단계약, 전문보험계약자가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다. 회사는 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

다. 보험료자동대출납입제도

보험계약자가 보험계약 유지 중 일시적으로 경제적 여건이 악화되어 보험계약이 해지될 상황에 처한 경우, 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사에 계약자가 보험료의 자동대출을 서면으로 신청하면 보험계약대출로 보험료가 자동으로 대출되어 보험계약이 유효하게 지속됩니다.

보험계약대출로 자동 납입되는 보험료는 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.

라. 보험료납입최고(독촉) 및 해지계약의 부활(효력회복)

보험계약자가 보험료의 납입을 연체하는 경우 회사는 14일이상의 기간을 정하여 납입최고 (독촉)하고, 그때까지 해당 보험료를 납입하지 않으면 계약이 해지 됩니다.

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우, 보험계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙하면 보험계약자는 연체보험료에 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하고 보험계약을 부활(효력회복)시킬 수 있습니다.

마. 예금자보호제도

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 위 내용은 예금자보호법 및 관련 법령의 개정에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며, 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자보험 안내책자 등을 참고하거나 예금보험공사(☎1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

5. 손해보험 상담 및 분쟁조정 안내

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때는 저희 회사 고객센터로 연락하여 주시기 바라며, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

◇ 회사 대표전화 : 1588-5959 (고객센터)
인터넷주소 : www.mggeneralins.com

◇ 금융감독원(www.fss.or.kr) 대표전화 : 국번없이 1332
서울시 영등포구 여의대로 38 (우 : 07321)

◇ 손해보험협회(www.knia.or.kr) 대표전화 : (02) 3702-8500
서울시 종로구 종로5길 68 (우 : 03151)

◇ 한국소비자보호원(www.kca.go.kr) 대표전화 : (043) 880-5500
충청북도 음성군 맹동면 용두로 54 한국소비자원 (우 : 27738)

무배당
건강명의암보험(20.04)
1종(연만기자동갱신형)
보통약관

무배당 건강명의암보험(20.04) 1종(연만기자동갱신형) 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 질병이나 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
   바. 최초계약 : 제19조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 “최초계약”이라 합니다.
   사. 갱신계약 : 계약의 보험기간 만료 후 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 상해 : 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신 할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   나. 장해 :【별표1】(장해분류표)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항 : 계약전 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. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【예시】 원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때 - 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원 - 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」내「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.)
   다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조("암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 "암"이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ "암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과	
"암"으로 진단확정시	-	이 보통약관의 보험가입금액	이 보통약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급하여 드립니다. 다만, 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진

단이 확정된 경우는 제외합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 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, 통원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)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 가지급제도(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 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서

정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표2】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

【단리와 복리】
이자 계산에서 단리는 원금에 대해서만 약정된 이자율과 기간을 곱해서 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 일정기간마다 이자를 원금에 합쳐 그 합계금액에 대한 이자를 다시 계산하는 방법입니다. 다시말해 단리계산은 원금에 대해서만 이자가 붙고 복리계산은 (원금+이자)에 이자가 붙는 것입니다. 단리와 복리 계산을 일반화된 수식으로 표현하자면 다음과 같습니다.
▷ 단리 : $S = A(1+r \times n)$
▷ 복리 : $S = A(1+r)^n$
(S : 원금과 이자의 합계 / A : 원금 / r : 이자율 / n : 기간)

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(『보장성보험공시이율(1701)』의 적용 및 공시)

① 이 계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 이 계약의 보장성보험공시이율(1701)로 하며 보장성보험공시이율(1701)은 매월 1일부터 해당 월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
② 제1항의 보장성보험공시이율(1701)은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권 등의 수익률을 가중평균하여 계산)를 가중 평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중에 보장성보험공시이율(1701)이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.5%를 적용합니다.
④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 보장성보험공시이율(1701)을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【공시이율】
시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.
【최저보증이율】
운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용 이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 0.3%인 경우(최저보증이율은 0.5%일 경우), 적립금은 공시이율(0.3%)이 아닌 최저보증이율(0.5%)로 부리됩니다.

제10조(중도인출에 관한 사항)

① 계약자는 보장개시일부터 1년이상 지난 유효한 계약으로써 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해지환급금(단, 보통약관의 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해지환급금을 한도로 합니다)의 80% 범위 내에서 횟수에 제한없이 중도 인출 할 수 있습니다.
② 제1항의 적립부분 해지환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 보험료 납입경과기간에 따라 제39조(해지환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출된 중도

인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액)을 말합니다.

③ 제1항의 해지환급금은 제40조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.

④ 제1항의 중도인출시 만기(해지)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 환급금이 감소합니다.

【예시】
중도인출을 요청하는 시점에서 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출한 보통약관 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우
- 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
- 원금과 이자의 합계가 30만원인 보험계약대출이 있는 경우
  잔여 중도인출 가능액 = 80만원 - 30만원 = 50만원

제11조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 보장성보험공시이율(1701)로 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표2】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제12조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자가 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.

제14조(보험수익자의 지정)

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

【법정상속인】
법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제15조(대표자의 지정)

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

【계약자가 2명 이상인 경우】
계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【사례】
계약 청약을 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.

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약 체결일로부터 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 고

의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 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 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

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 이 계약이 성립되었음을 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 최종진단일)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.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

【보험가입금액 제한】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
【일부보장 제외】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.
【보험금 삭감】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.
【보험료 할증】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

제20조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날 부터 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 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 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 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

【약관의 중요한 내용】
보험업법 시행령 제42조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 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 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【전자서명법 제2조 제2호】
「전자서명」이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말합니다.
【전자서명법 제2조 제3호】
「공인전자서명」이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말합니다.
가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제22조(계약의 무효)

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효(단, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)로 하며 이미 납입한 보험료(단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우 이를 차감한 금액을 말합니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

② 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 "암보장개시일" 전일 이전에 제3조("암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 기본계약 보장부분을 무효로 하며 이미 납입한 해당 보험료를 돌려드립니다.

제23조(계약의 자동갱신)

① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 만기일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 계약이 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 이 상품의 사업방법서에서 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신계약의 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간을 보험기간으로 하고 납입기간은 전기납으로 합니다.

③ 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신계약으로 자동갱신 되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제24조(자동갱신의 적용)

① 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제23조(계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제25조(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, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있을 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제39조(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.

【보험가입금액 등의 감액시 만기(해지)환급금】
보험가입금액, 보험료 등의 감액시 만기(해지)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금보다 적어질 수 있습니다.

제26조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

③ 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2016년 4월 13일
⇒ 2016년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세
【계약해당일 예시】
보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.
⇒ 보험계약일이 2016년 2월 29일인 경우 2017년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

제27조(계약의 소멸)

① 제3조("암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴때로부터 이 보통약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 그 때까지 적립한 보장부분 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 계약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제3조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 계약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제40조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.
【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.
【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

제5관 보험료의 납입

제28조(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 책임있는 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.

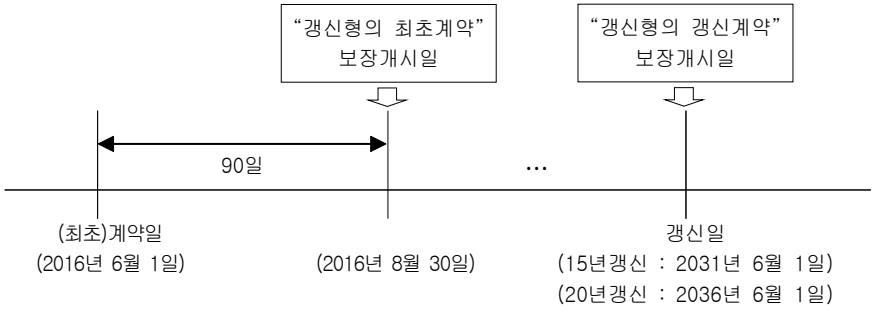
③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조(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.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조("암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 합니다. 단, 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 계약의 "암보장개시일"은 갱신일로 합니다.

【"암보장개시일" 예시】



⑤ 제1항 및 제2항의 보험료는 제4조(보험금의 지급사유)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하 「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다.(이하 「보장보험료」와 「적립보험료」를 합하여 「보험료」라 합니다)

제29조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 이 계약은 해제됩니다.

② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제30조(제2회 이후 보험료의 납입)

① 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.

② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 평균공시이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제31조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제3조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정 되었을 때
2. 상해로【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
3. 진단확정 된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

② 제1항에서 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, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 후유장해지급률을 결정합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1항에서 정한 보험사고 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험사고 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병 또는 상해로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 제1항에서 정한 납입면제 사유에 해당되지 않았던(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다) 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.

⑨ 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1항에서 정한 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 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

⑩ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1항에서 정한 상해 관련 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 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 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료를 납입면제하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

⑪ 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

⑫ 제1항에도 불구하고 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 계약이 갱신되는 경우에는 갱신계약의 보장보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑬ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제32조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제40조(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.

【납입최고(독촉)기간】
납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.
【자동대출납입】
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 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 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 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 보상하여 드립니다.

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제33조(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 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료(보장보험료와 적립보험료의 합계액)와 이에 대한 연체이자(연체된 보험료에 대하여 보통약관의 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴의무), 제17조(알릴의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항의 “암보장개시일”을 다시 적용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제16조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제35조(강제집행 등에 따라 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 제25조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행】
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

【담보권실행】
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
【국세 및 지방세 체납처분절차】
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산압류 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.

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.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제36조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(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 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제38조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제39조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제39조(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 기간

에 대한 이자의 계산은【별표2】 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제40조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제33조(보험료 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.

제41조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제42조(분쟁의 조정)

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

제43조(관할법원)

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

제44조(소멸시효)

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

> 【소멸시효】
> 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2019년 4월 1일에 발생하였음에도 2022년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제45조(약관의 해석)

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

확대하여 해석하지 않습니다.

제46조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

【보험안내자료】
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제47조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 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.

【현저하게 공정을 잃은 합의】
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제48조(개인정보보호)

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

제49조(준거법)

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

제50조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】
예금자보호제도란 예금보험공사에서 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급 할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

무배당
건강명의암보험(20.04)
1종(연만기자동갱신형)
특별약관

무배당 건강명의암보험(20.04) 1종(연만기자동갱신형) 특별약관

1. 상해관련 특별약관

1-1. 일반상해사망보험금 특별약관 (갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘일반상해사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는

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

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

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제25조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없

이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 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. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자】
심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.
【심신박약자】
심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

제7조(보험나이 등)

① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만 제6조(특약의 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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세
【계약해당일 예시】
보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.
⇒ 보험계약일이 2016년 2월 29일인 경우 2017년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

제8조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.
② 보통약관 제23조(계약의 자동갱신) 제3항의 알릴의무에 대하여는 제4조(상해보험계약 후 알릴의무)를 적용합니다.

제9조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을

지급하지 않습니다.

② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(피보험자의 서면동의 철회)

제6조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

1-2. 일반상해후유장해보험금 특별약관 (갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 아래와 같이 일반상해후유장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우: 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 지급
2. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 경우: 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 지급

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,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제25조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 보통약관 제23조(계약의 자동갱신) 제3항의 알릴의무에 대하여는 제4조(상해보험계약 후 알릴의무)를 적용합니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 장해지급률이 80%이상에 해당하여 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

1-3. 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관 (갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며,

보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1.보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등
【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제25조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반

하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 보통약관 제23조(계약의 자동갱신) 제3항의 알릴의무에 대하여는 제4조(상해보험계약 후 알릴의무)를 적용합니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

1-4. 일반상해50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형) 특별약관 (갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 매월 사고발생일에 일반상해50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형)으로 보험수익자에게 10년동안 확정 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 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,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며,

보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

【예시】 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)의 사고발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 사고발생 해당일로 합니다.

【사고발생일 예시】 2015년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2015년 6월 30일을 해당월의 사고발생 해당일로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제25조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
   1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
   2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.
   1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
   2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
   3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
   5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 보통약관 제23조(계약의 자동갱신) 제3항의 알릴의무에 대하여는 제4조(상해보험계약 후 알릴의무)를 적용합니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

1-5. 일반상해 20%이상후유장해보험금 특별약관 (갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 아래와 같이 일반상해20%이상후유장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우: 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 지급
2. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 20%이상 80%미만에 해당하는 경우: 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 지급

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,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급

하지 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제25조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
   1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
   2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.
   1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
   2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
   3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
   5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 보통약관 제23조(계약의 자동갱신) 제3항의 알릴의무에 대하여는 제4조(상해보험계약 후 알릴의무)를 적용합니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 장해지급률이 80%이상에 해당하여 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항 "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.

④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 질병관련 특별약관

2-1. 유사암진단비 특별약관 (갱신형)

제1조(“유사암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.

⑥ “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에 회사는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상	
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단시	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액	이 특약 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암진단비를 지급하여 드립니다.

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제6조(특약의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-2. 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형) 특별약관 (갱신형)

제1조(“암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하“특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 매월 지급사유 발생 해당일에 아래의 금액을 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)으로 보험수익자에게 3년동안 확정 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과	
“암”으로 진단확정시	-	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

(예시기준 : 보험가입금액 50만원기준, “암”으로 진단확정시)

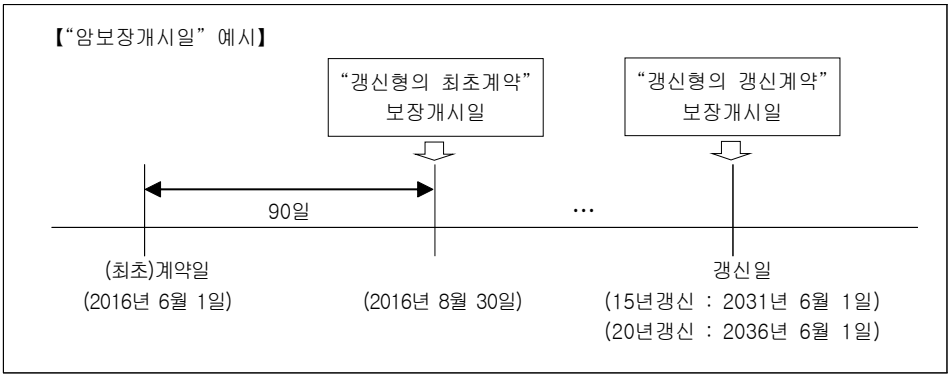
보험금 지급사유 발생시기		총지급액	지급기준	가입금액	1회지급액
최초계약	계약일로부터 90일 초과	1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원
갱신계약		1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제4조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 지급사유 발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

【지급사유 발생일 예시】
2015년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2015년 6월 30일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-3. 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형) 특별약관 (갱신형)

제1조(“암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하“특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 보험금 지급사유 발생일부터 1년이 경과한 시점부터 매년 지급사유 발생 해당일에 아래의 금액을 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형)으로 보험수익자에게 5년동안 확정 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과	
“암”으로 진단확정시	-	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

(예시기준 : 보험가입금액 100만원기준, “암” 으로 진단확정시)

보험금 지급사유 발생시기		총지급액	지급기준	가입금액	1회지급액
최초계약	계약일로부터 90일 초과	500만원	보험가입금액의 100% × 5회	100만원	100만원
갱신계약		500만원	보험가입금액의 100% × 5회	100만원	100만원

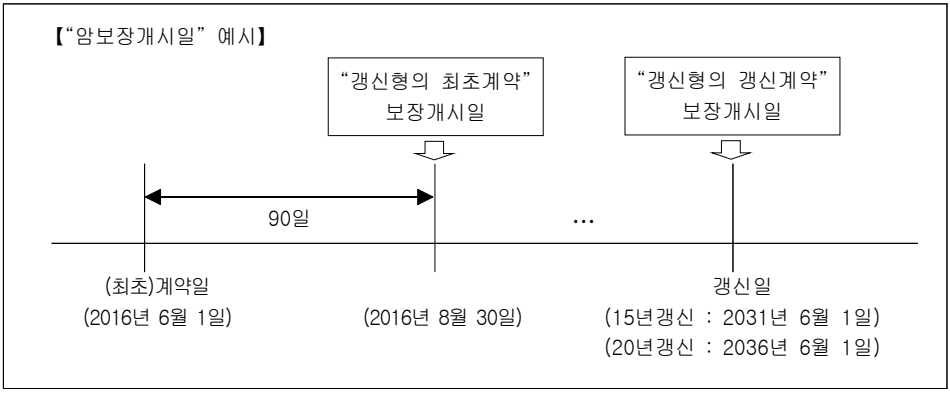
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형)은 수익자의 요청에

의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제4조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형)을 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 지급사유 발생일이 해당년도에 없는 경우에는 지급사유 발생월의 말일을 지급사유 발생 해당일로 합니다.

【지급사유 발생일 예시】
2012년 2월 29일에 사고가 발생한 경우 2013년 2월 28일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에

따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-4. 특정암진단비 특별약관 (갱신형)

제1조(“특정암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “특정암”이라 함은 【별표6】(특정악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② “특정암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “특정암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

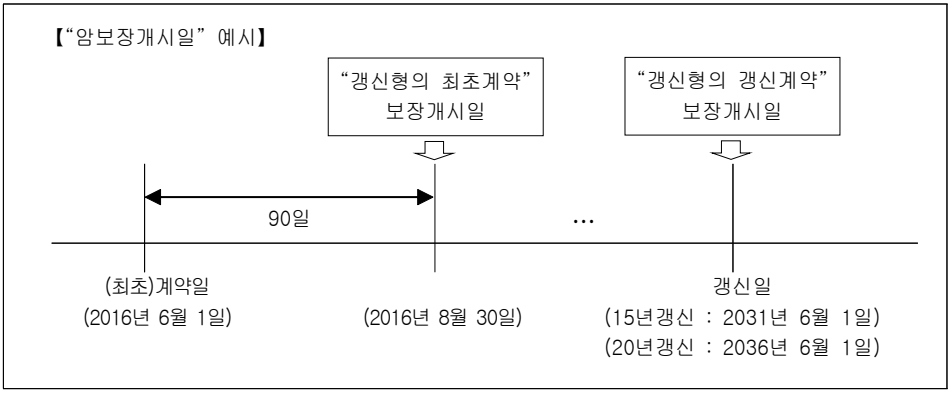
구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
“특정암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법

제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 합니다. 단, 제4조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 "특정암"에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



③ 피보험자가 "암보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "특정암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, "암보장개시일"전일 이전에 "특정암"으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 특정암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-5. 특정암간병자금(월단위분할지급형) 특별약관 (갱신형)

제1조(“특정암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “특정암”이라 함은 【별표6】(특정악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② “특정암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “특정암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 매월 지급사유 발생 해당일에 아래의 금액을 특정암간병자금(월단위분할지급형)으로 보험수익자에게 3년동안 확정 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
“특정암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

(예시기준 : 보험가입금액 50만원기준, “특정암”으로 진단확정시)

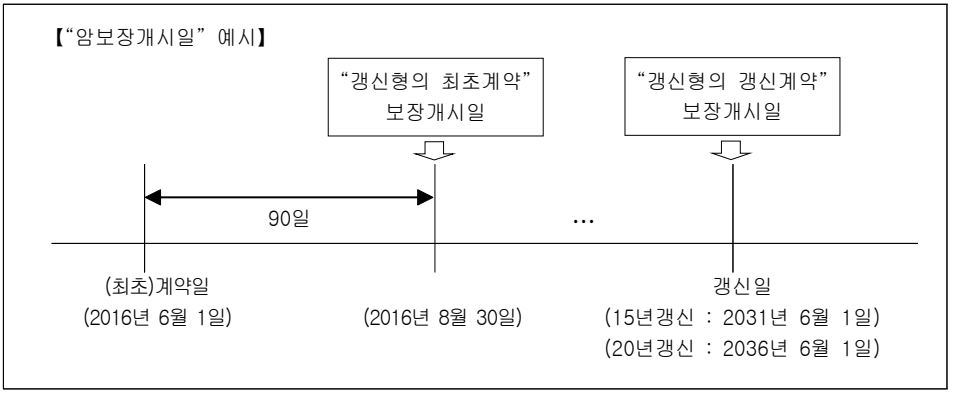
보험금 지급사유 발생시기		총지급액	지급기준	가입금액	1회지급액
최초계약	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	900만원	보험가입금액의 50% × 36회	50만원	25만원
	계약일로부터 1년 이상	1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원
갱신계약		1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 특정암간병자금(월단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 합니다. 단, 제4조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 "특정암"에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



④ 피보험자가 "암보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "특정암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암간병자금(월단위분할지급형)를 지급하여 드립니다. 다만, "암보장개시일"전일 이전에 "특정암"으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 지급사유 발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

【지급사유 발생일 예시】
2015년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2015년 6월 30일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암간병자금(월단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 특정암간병자금(월단위분할지급형)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-6. 3대고액치료비암진단비 특별약관 (갱신형)

제1조("3대고액치료비암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "3대고액치료비암"이라 함은 【별표7】(3대고액치료비암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
② "3대고액치료비암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 "3대고액치료비암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

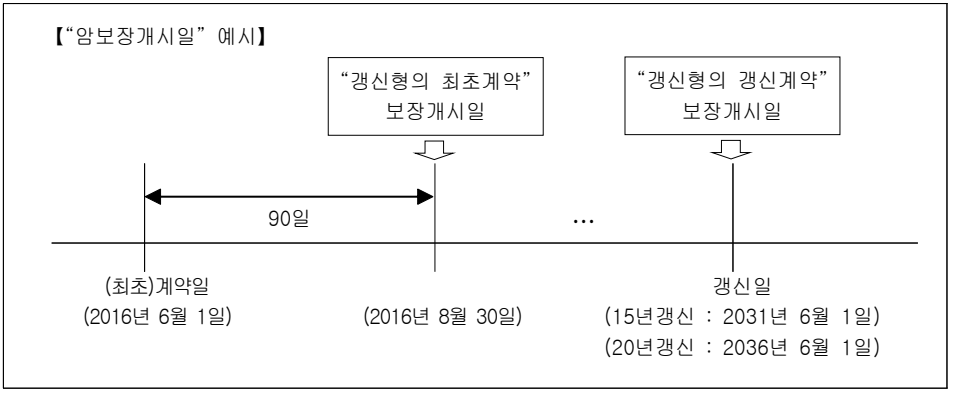
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 "암보장개시일" 이후에 "3대고액치료비암"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 3대고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
"3대고액치료비암"으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제4조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “3대고액치료비암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “3대고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대고액치료비암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “3대고액치료비암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대고액치료비암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대고액치료비암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 3대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-7. 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형) 특별약관 (갱신형)

제1조("3대고액치료비암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "3대고액치료비암"이라 함은 【별표7】(3대고액치료비암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② "3대고액치료비암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 "3대고액치료비암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 "암보장개시일" 이후에 "3대고액치료비암"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 매월 지급사유 발생 해당일에 아래의 금액을 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)으로 보험수익자에게 3년동안 확정 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
"3대고액치료비암"으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

(예시기준 : 보험가입금액 50만원기준, “3대고액치료비암”으로 진단확정시)

보험금 지급사유 발생시기		총지급액	지급기준	가입금액	1회지급액
최초계약	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	900만원	보험가입금액의 50% × 36회	50만원	25만원
	계약일로부터 1년 이상	1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원
갱신계약		1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원

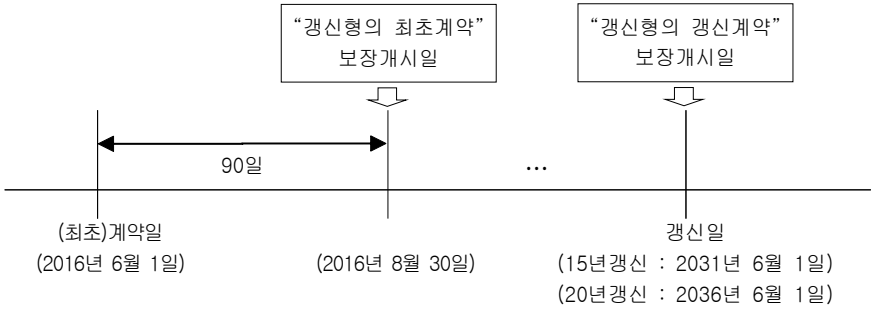
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제4조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “3대고액치료비암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “3대고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “3대고액치료비암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 지급사유 발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

【지급사유 발생일 예시】
2015년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2015년 6월 30일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조("3대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "3대고액치료비암"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("3대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "3대고액치료비암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-8. 여성3대암진단비 특별약관 (갱신형)

제1조("여성3대암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "여성3대암"이라 함은 【별표8】(여성3대암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② "여성3대암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 "여성3대암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

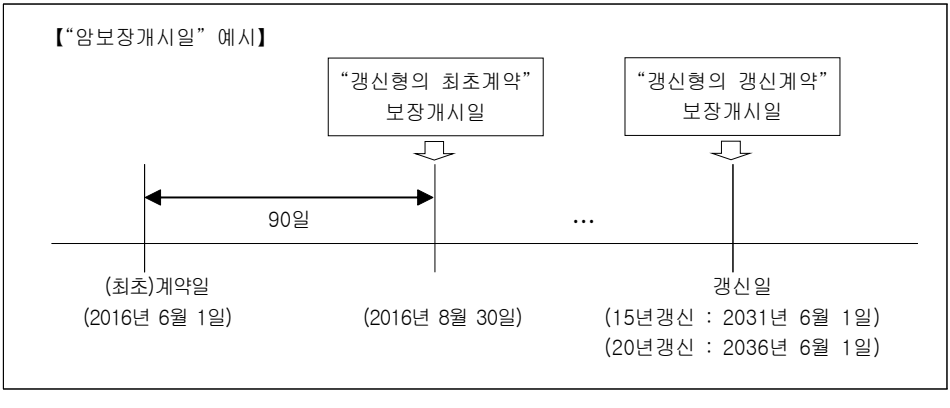
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “여성3대암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성3대암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
“여성3대암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“여성3대암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “여성3대암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제4조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “여성3대암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “여성3대암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성3대암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “여성3대암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조("여성3대암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "여성3대암"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성3대암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("여성3대암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "여성3대암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 여성3대암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-9. 양성뇌종양진단비 특별약관 (갱신형)

제1조("양성뇌종양" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두 개내(머리내)의 종양을 포함합니다. 단, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌종양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.

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 말합니다.

③ "양성뇌종양"의 진단확정은 신경과 의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "양성뇌종양"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사

망하고, 그 후에 “양성뇌종양”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급하여 드립니다

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제6조(특약의 소멸)

① 제1조(“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “양성뇌종양”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제3항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “양성뇌종양”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 양성뇌종양진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-10. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 (갱신형)

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with

malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제4조(“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도

포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

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

제6조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 1일이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우에 회사는 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.

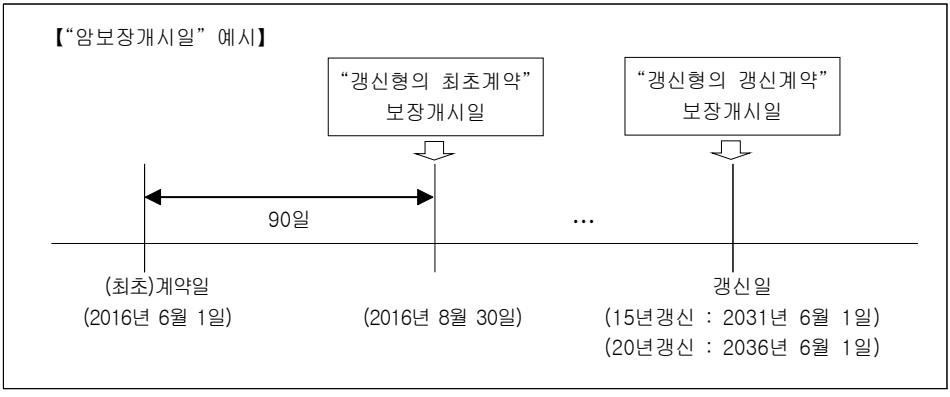
구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과	
“암”으로 입원시	-	1일당 이 특약의 보험가입금액	1일당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	1일당 이 특약의 보험가입금액의 20%		

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등

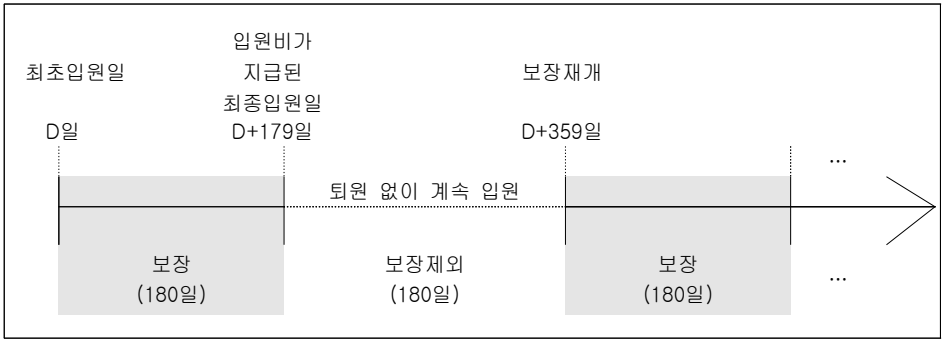
의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



③ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 “암 등의 질병”의 직접 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제4항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑦ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)는 계속 보장하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)를 지급하며 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)를 지급합니다.

제8조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-11. 암수술비 특별약관 (갱신형)

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "암"이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("제자리암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제4조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除,특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

【절단,절제,흡인,천자】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관으로 체액 등을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

② 제1항의 “수술”은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

③ 제2항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

④ 제2항의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 회사는 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

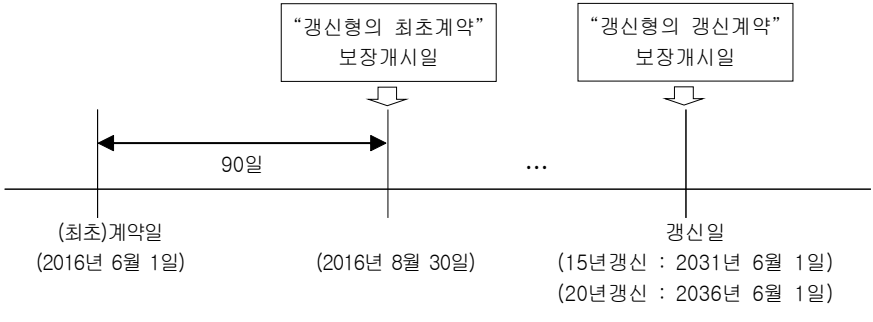
구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과	
“암”으로 수술시	-	수술1회당 이 특약의 보험가입금액	수술1회당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 수술시	수술1회당 이 특약의 보험가입금액의 20%		

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



제7조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 “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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-12. 암수술비(유사암제외, 1회한) 특별약관 (갱신형)

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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”,으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除,특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

【절단,절제,흡인,천자】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관으로 체액 등을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

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

② 제1항의 “수술”은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.
③ 제2항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
④ 제2항의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

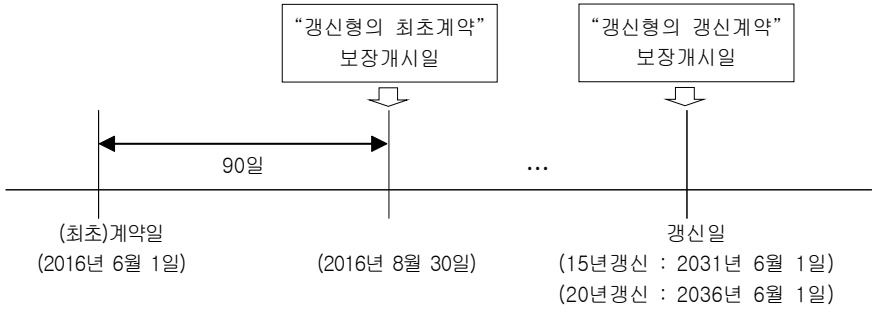
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(유사암제외, 1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과	
“암”으로 수술시	-	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제5조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



제5조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제6조(특약의 소멸)

① 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암제외, 1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항 '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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-13. 항암방사선약물치료비 특별약관 (갱신형)

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "암"이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“항암방사선약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선 약물치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다) 또는 내과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

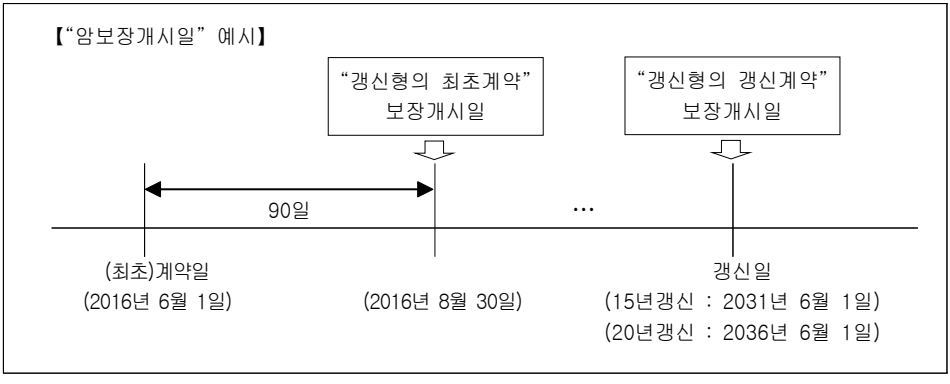
구분		지급금액			
		최초계약			갱신계약
		계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상	
		90일 이하	90일 초과		
항암방사선 약물치료비	암 (단, 최초1회에 한하여 지급)	-	가입금액의 50%	가입금액의 100%	이 특약의 보험가입금액
	기타피부암, 갑상선암 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	가입금액의 10%		가입금액의 20%	이 특약의 보험가입금액의 20%

② 제1항에도 불구하고 “암”으로 항암방사선약물치료비를 지급 받은 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선약물치료를 받은 경우에는 기타피부암항암방사선약물치료비 또는 갑상선암항암방사선약물치료비는 지급하지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선약물치료비를 지급 받은 이후에 “암”으로 항암방사선약물치료비를 받은 경우에는 암항암방사선약물치료비를 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 제5조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



제5조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제6조(특약의 소멸)

① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선약물치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-14. 급성심근경색증진단비 특별약관 (갱신형)

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표9】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 급성심근경색증, 이차성 심근경색증, 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
“급성심근경색증”으로 진단확정시	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제6조(특약의 소멸)

① 제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-15. 뇌졸중진단비 특별약관 (갱신형)

제1조("뇌졸중" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 【별표10】(뇌졸중 분류표)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
“뇌졸중”으로 진단확정시	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제6조(특약의 소멸)

① 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-16. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관 (갱신형)

제1조(“입원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 ”입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 질병의 치료를 목적으로 한 “입원”으로 봅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 이 특약의 보험가입금액을 질병입원비(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.

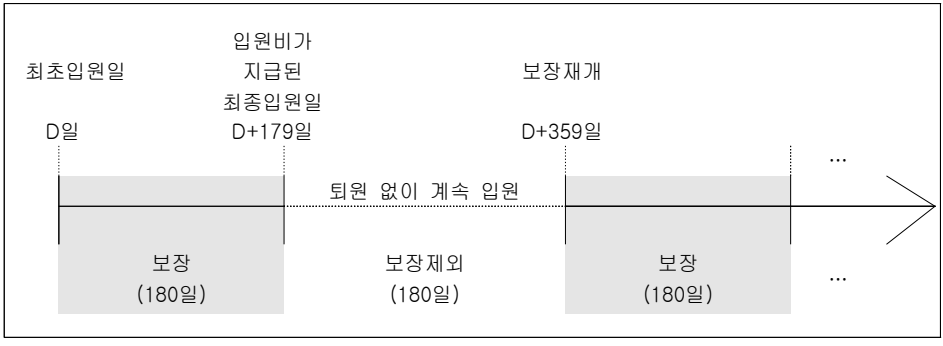
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병입원비(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속입원중인 경우에는 질병입원비(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제3항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 질병입원비(1일이상180일한도)는 계속 보장하여 드립니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원비(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 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(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 “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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-17. 질병수술비 특별약관 (갱신형)

제1조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

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

② 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제1조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우 (O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주의정맥의 혈전증(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

② 회사는 제1항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(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 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표 6]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경

우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 "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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-18. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관 (갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 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,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니

다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

제3조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-19. 질병사망보험금 특별약관 (갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '질병사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특약의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 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. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자】
심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.
【심신박약자】
심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해

한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

제4조(보험나이 등)

① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만 제3조(특약의 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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세
【계약해당일 예시】
보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.
⇒ 보험계약일이 2016년 2월 29일인 경우 2017년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(피보험자의 서면동의 철회)

제3조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-20. 암사망보험금 특별약관 (갱신형)

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 직접결과로써 사망하는 경우에는 회사는 아래의 금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과	
“암”으로 사망시	-	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액
“기타피부암” 또는 “갑상선암” 으로 사망시	이 특약의 보험가입금액		

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

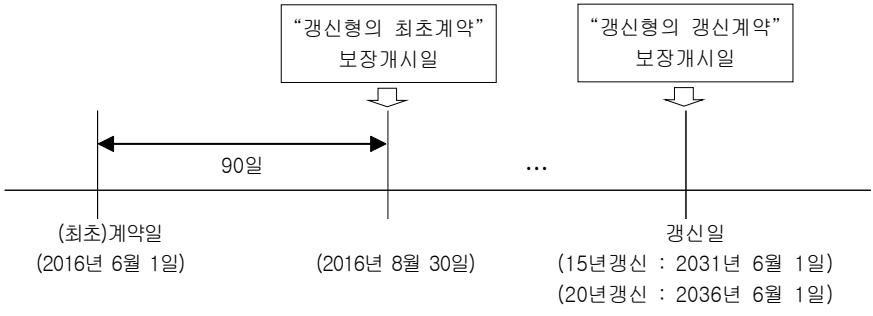
① “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘암사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포

함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



제4조(특약의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 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. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우

【심신상실자】
심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.
【심신박약자】
심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

제5조(보험나이 등)

① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만 제4조(특약의 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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세
【계약해당일 예시】
보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.
⇒ 보험계약일이 2016년 2월 29일인 경우 2017년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

제6조(특약의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(피보험자의 서면동의 철회)

제4조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-21. 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관 (갱신형)

제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암(유사암및특정소액암제외)”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정소액암”, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “특정소액암”이라 함은 제3항에서 정한 “유방암 및 남녀생식기 관련 암” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류를 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

또한 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】

상피세포층(epithelium)			
점막고유층 (lamina propria)	①		▲ 기저막(basement membrane)
점막근층 (muscularis mucosa)		②	
점막하층 (submucosa)			

(: 악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑥ “암(유사암및특정소액암제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 가진 자

에 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(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암및특정소액암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

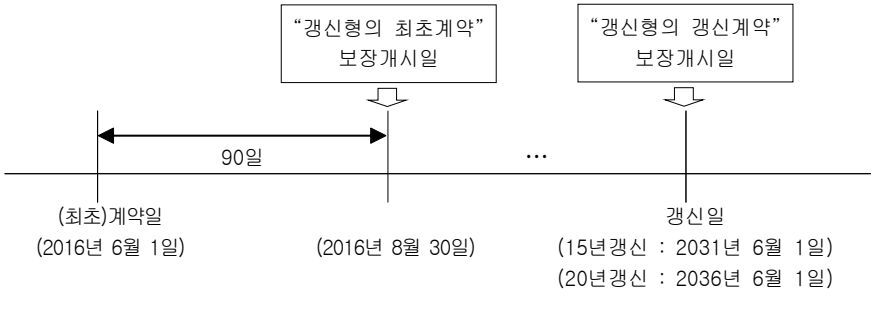
구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과	
"암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단확정시	-	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조("암(유사암및특정소액암제외)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 합니다. 단, 제4조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【"암보장개시일" 예시】



③ 피보험자가 "암보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "암(유사암및특정소액암제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급하여 드립니다. 다만, "암보장개시일"전일 이전에 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제4조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조("암(유사암및특정소액암제외)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("암(유사암및특정소액암제외)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암및특정소액암제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암및특정소액암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-22. 암한방치료비(유사암제외) 특별약관 (갱신형)

제1조("암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "암이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ "암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“첩약”,“약침” 및 “특정한방물리요법”의 정의)

① 이 특약에서 “첩약”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 “한의사”라고 합니다)의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 『한의약육성법 제2조(정의)』에서 정한 한약 또는 한약재 및 『약사법 제2조(정의)』에서 정한 한약을 원료로 하여 『의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)』 및 『동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)』에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

【한의약육성법 제2조(정의)】
4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.
【약사법 제2조(정의)】
5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

② 이 특약에서 “약침”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제3부 행위 비급여 목록’에서 정하는 약침술을 말합니다.

③ 이 특약에서 “특정한방물리요법”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한방물리요법 중 한의사에 의사여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.

【“특정한방물리요법”의 정의】

추나요법	시술자가 손 또는 신체의 일부분이나 보조기구 등을 이용한 각종 추나수기법으로 환자의 신체표면에 자극을 가하여, 신체 내외부의 근육/인대/관절/신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하는 한의학 치료기술
경피전기자극요법	경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근간섭저주파요법	간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근초음파요법	경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술

④ 제1항에도 불구하고 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료’에 해당하는 침술로만 치료가 행해진 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외합니다.

⑥ 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』, 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가

치점수』 및 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』가 폐지 또는 변경되어 첩약치료 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급 여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정을 받은 후 그 "암"의 치료를 목적으로 의료법 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 "첩약", "약침" 또는 "특정한방물리요법"을 이용하였을 경우 아래의 금액을 암한방치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액(1회당)			
		최초계약			갱신계약
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
암한방치료비(유사암제외)	"첩약치료비"(3회한)	-	"첩약치료비"보장 보험가입금액의 50%	"첩약치료비"보장의 보험가입금액	"첩약치료비"보장의 보험가입금액
	"약침치료비"(5회한)	-	"약침치료비"보장 보험가입금액의 50%	"약침치료비"보장의 보험가입금액	"약침치료비"보장의 보험가입금액
	"특정한방물리요법치료비"(5회한)	-	"특정한방물리요법치료비"보장 보험가입금액의 50%	"특정한방물리요법치료비"보장의 보험가입금액	"특정한방물리요법치료비"보장의 보험가입금액

② 제1항의 "첩약치료비", "약침치료비" 및 "특정한방물리요법치료비"는 이 특약의 보험기간 중 진단 확정된 최초의 "암"에 대한 치료를 받은 경우에 지급합니다.

③ 제1항의 "첩약"치료는 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.
2. 1일이상 입원하여 입원기간 중 첩약을 처방받은 경우 1회 입원을 첩약치료 1회로 합니다.

④ 제1항의 "약침"치료는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침 치료로 보아 "약침치료비"를 적용합니다.

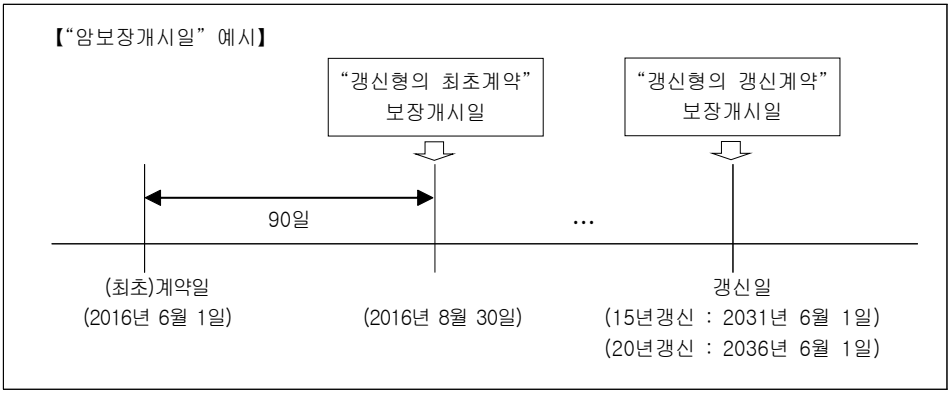
⑤ 제1항의 "특정한방물리요법"치료는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 "특정한방물리요법치료비"를 적용합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조("암"의

정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제6조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”으로 진단확정되고 보험기간이 끝나더라도 동일한 “암”의 치료를 목적으로 하는 “첩약치료비”, “약침치료비” 및 “특정한방물리치료비”는 한도 내에서 계속 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제6조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암”에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정된 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제7조(특약의 소멸)

① 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “첩약치료비” 3회가 모두 지급되는 경우에는 “첩약치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “약침치료비” 5회가 모두 지급되는 경우에는 “약침치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정한방물리요법치료비” 5회가 모두 지급되는 경우에는 “특정한방물리요법치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에 따라 “첩약치료비”, “약침치료비”, “특정한방물리요법치료비”에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.

⑤ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
⑥ 제5항의 "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.
⑦ 제5항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-23. 유사암한방치료비 특별약관 (갱신형)

제1조("유사암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "기타피부암"이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
④ 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
⑤ 제1항 내지 제4항의 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 "유사암"이라 합니다.
⑥ "유사암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 "유사암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("첩약", "약침" 및 "특정한방물리요법" 의 정의)

① 이 특약에서 "첩약"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 "한의사"라고 합니다)의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 『한의약육성법 제2조(정의)』에서 정한 한약 또는 한약재 및 『약사법 제2조(정의)』에서 정한 한약을 원료로 하여 『의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)』 및 『동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)』에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

【한의약육성법 제2조(정의)】 4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)

을 말한다.
5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.
【약사법 제2조(정의)】
5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

② 이 특약에서 “약침”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출・정제・희석・혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제3부 행위 비급여 목록’에서 정하는 약침술을 말합니다.

③ 이 특약에서 “특정한방물리요법”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한방물리요법 중 한의사에 의사여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.

【“특정한방물리요법”의 정의】

추나요법	시술자가 손 또는 신체의 일부분이나 보조기구 등을 이용한 각종 추나수기법으로 환자의 신체표면에 자극을 가하여, 신체 내외부의 근육/인대/관절/신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하는 한의학 치료기술
경피전기자극요법	경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근간섭저주파요법	간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근초음파요법	경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술

④ 제1항에도 불구하고 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제2부 행위 급여 목록・상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료’에 해당하는 침술로만 치료가 행해진 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외합니다.

⑥ 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』, 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』 및 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』가 폐지 또는 변경되어 첩약치료 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급 여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 보험기간 중에 “유사암”으로 진단 확정되고 그 “유사암”의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 “첩약”, “약침” 또는 “특정한방물리요법”을 이용하였을 경우 아래의 금액을 유사암한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “첩약치료비”, “약침치료비” 및 “특정한방물리요법치료비”는 이 특약의 보험기간 중 진단 확정된 각각의 최초 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 치료를

구분		지급금액(1회당)		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
유사암한방치료비	“첩약치료비”(3회한)	“첩약치료비”보장 보험가입금액의 50%	“첩약치료비”보장 보험가입금액	“첩약치료비”보장 보험가입금액
	“약침치료비”(5회한)	“약침치료비”보장 보험가입금액의 50%	“약침치료비”보장 보험가입금액	“약침치료비”보장 보험가입금액
	“특정한방물리요법치료비”(5회한)	“특정한방물리요법치료비”보장 보험가입금액의 50%	“특정한방물리요법치료비”보장 보험가입금액	“특정한방물리요법치료비”보장 보험가입금액

받은 경우에 지급합니다.

③ 제1항의 “첩약”치료는 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대하여 각각 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.
2. 1일이상 입원하여 입원기간 중 첩약을 처방받은 경우 1회 입원을 첩약치료 1회로 합니다.

④ 제1항의 “약침”치료는 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대하여 각각 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침 치료로 보아 “약침치료비”를 적용합니다.

⑤ 제1항의 “특정한방물리요법”치료는 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대하여 각각 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 “특정한방물리요법치료비”를 적용합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “유사암”으로 진단확정되고 보험기간이 끝나더라도 동일한 “유사암”의 치료를 목적으로 하는 “첩약치료비”, “약침치료비” 및 “특정한방물리치료비”는 한도 내에서 계속 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 모두 진단 확정된 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “첩약치료비” 3회가 각각 모두 지급되는 경우에는 “첩약치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “약침치료비” 5회가 각각 모두 지급되는 경우에는 “약침치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정한방물리요법치료비” 5회가 각각 모두 지급되는 경우에는 “특정한방물리요법치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에 따라 “첩약치료비”, “약침치료비”, “특정한방물리요법치료비”에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.

⑤ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제5항의 “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.

⑦ 제5항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-24. 암한방치료비(유사암및특정소액암제외) 특별약관 (갱신형)

제1조(“암(유사암및특정소액암제외)” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암(유사암및특정소액암제외)”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정소액암”, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “특정소액암”이라 함은 제3항에서 정한 “유방암 및 남녀생식기 관련 암” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 말합니다.

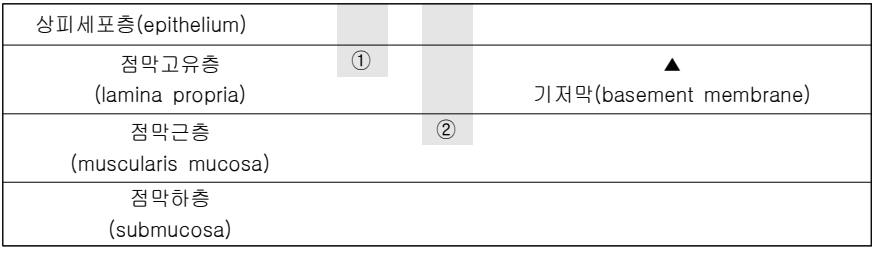
③ 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류를 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

또한 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



(: 악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑥ “암(유사암및특정소액암제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 가진 자

에 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(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("첩약", "약침" 및 "특정한방물리요법"의 정의)

① 이 특약에서 "첩약"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 "한의사"라고 합니다)의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 『한의약육성법 제2조(정의)』에서 정한 한약 또는 한약재 및 『약사법 제2조(정의)』에서 정한 한약을 원료로 하여 『의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)』 및 『동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)』에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

【한의약육성법 제2조(정의)】
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.
【약사법 제2조(정의)】
5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

② 이 특약에서 "약침"이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 '제3부 행위 비급여 목록'에서 정하는 약침술을 말합니다.

③ 이 특약에서 "특정한방물리요법"이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한방물리요법 중 한의사에 의사여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.

【"특정한방물리요법"의 정의】

추나요법	시술자가 손 또는 신체의 일부분이나 보조기구 등을 이용한 각종 추나수기법으로 환자의 신체표면에 자극을 가하여, 신체 내외부의 근육/인대/관절/신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하는 한의학 치료기술
경피전기자극요법	경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근간섭저주파요법	간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근초음파요법	경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술

④ 제1항에도 불구하고 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 '제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료'에 해당하는 침술로만 치료가 행해진 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외합니다.

⑥ 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가

치점수』, 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』 및 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』가 폐지 또는 변경되어 첩약치료 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급 여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단확정을 받은 후 그 "암(유사암및특정소액암제외)"의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 "첩약", "약침" 또는 "특정한방물리요법"을 이용하였을 경우 아래의 금액을 암한방치료비(유사암및특정소액암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액(1회당)			
		최초계약			갱신계약
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
암한방치료비(유사암및특정소액암제외)	"첩약치료비"(3회한)	-	"첩약치료비"보장 보험가입금액의 50%	"첩약치료비"보장의 보험가입금액	"첩약치료비"보장의 보험가입금액
	"약침치료비"(5회한)	-	"약침치료비"보장 보험가입금액의 50%	"약침치료비"보장의 보험가입금액	"약침치료비"보장의 보험가입금액
	"특정한방물리요법치료비"(5회한)	-	"특정한방물리요법치료비"보장 보험가입금액의 50%	"특정한방물리요법치료비"보장의 보험가입금액	"특정한방물리요법치료비"보장의 보험가입금액

② 제1항의 "첩약치료비", "약침치료비" 및 "특정한방물리요법치료비"는 이 특약의 보험기간 중 진단 확정된 최초의 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대한 치료를 받은 경우에 지급합니다.

③ 제1항의 "첩약"치료는 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대하여 각각 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.
2. 1일이상 입원하여 입원기간 중 첩약을 처방받은 경우 1회 입원을 첩약치료 1회로 합니다.

④ 제1항의 "약침"치료는 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대하여 각각 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침치료로 보아 "약침치료비"를 적용합니다.

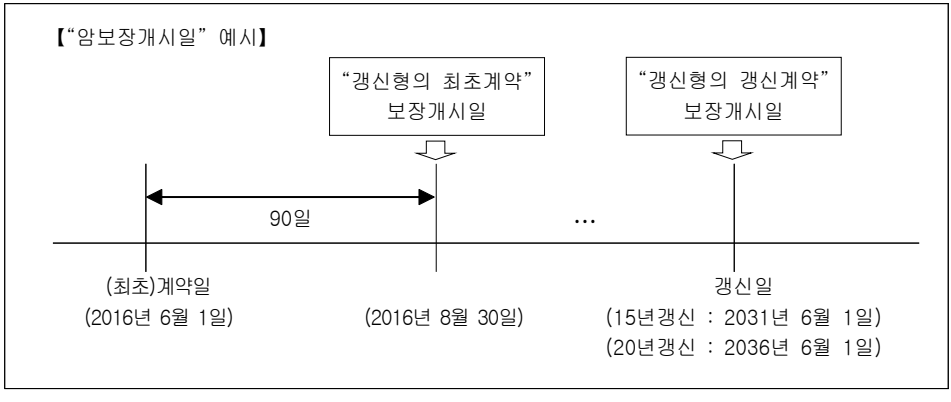
⑤ 제1항의 "특정한방물리요법"치료는 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대하여 각각 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 "특정한방물리요법치료비"를 적용합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법

제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조("암(유사암및특정소액암제외)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 합니다. 단, 제6조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단확정되고 보험기간이 끝나더라도 동일한 "암(유사암및특정소액암제외)"의 치료를 목적으로 하는 "첩약치료비", "약침치료비" 및 "특정한방물리치료비"는 한도 내에서 계속 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제6조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "암(유사암및특정소액암제외)"에 대한 보장개시일 이후 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 확정된 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제7조(특약의 소멸)

① 제1조("암(유사암및특정소액암제외)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 "첩약치료비" 3회가 모두 지급되는 경우에는 "첩약치료비"에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제1조("암(유사암및특정소액암제외)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 "약침치료비" 5회가 모두 지급되는

경우에는 “약침치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정되어 제3조((보험금의 지급사유)에서 정한 “특정한방물리요법치료비” 5회가 모두 지급되는 경우에는 “특정한방물리요법치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에 따라 “첩약치료비”, “약침치료비”, “특정한방물리요법치료비”에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.

⑤ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제5항의 “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.

⑦ 제5항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-25. 급성심근경색증한방치료비 특별약관 (갱신형)

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표9】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“첩약”, “약침” 및 “특정한방물리요법”의 정의)

① 이 특약에서 “첩약”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 “한의사”라고 합니다)의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 『한의약육성법 제2조(정의)』에서 정한 한약 또는 한약재 및 『약사법 제2조(정의)』에서 정한 한약을 원료로 하여 『의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)』 및 『동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)』에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

【한의약육성법 제2조(정의)】
4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.
【약사법 제2조(정의)】
5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

② 이 특약에서 “약침”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출・정제・희석・혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제3부 행위 비급여 목록’에서 정하는 약침술을 말합니다.

③ 이 특약에서 “특정한방물리요법”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한방물리요법 중 한의사에 의사여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.

【“특정한방물리요법”의 정의】

추나요법	시술자가 손 또는 신체의 일부분이나 보조기구 등을 이용한 각종 추나수기법으로 환자의 신체표면에 자극을 가하여, 신체 내외부의 근육/인대/관절/신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하는 한의학 치료기술
경피전기자극요법	경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근간섭저주파요법	간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근초음파요법	경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술

④ 제1항에도 불구하고 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제2부 행위 급여 목록・상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료’에 해당하는 침술로만 치료가 행해진 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외합니다.

⑥ 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』, 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』 및 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』가 폐지 또는 변경되어 첩약치료 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급 여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정되고 그 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 “첩약”, “약침” 또는 “특정한방물리요법”을 이용하였을 경우 아래의 금액을 급성심근경색증한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액(1회당)		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
급성심근경색증한방치료비	“첩약치료비”(3회한)	“첩약치료비”보장 보험가입금액의 50%	“첩약치료비”보장의 보험가입금액	“첩약치료비”보장의 보험가입금액
	“약침치료비”(5회한)	“약침치료비”보장 보험가입금액의 50%	“약침치료비”보장의 보험가입금액	“약침치료비”보장의 보험가입금액
	“특정한방물리요법치료비”(5회한)	“특정한방물리요법치료비” 보장 보험가입금액의 50%	“특정한방물리요법치료비”보장의 보험가입금액	“특정한방물리요법치료비”보장의 보험가입금액

② 제1항의 “첩약치료비”, “약침치료비” 및 “특정한방물리요법치료비”는 이 특약의 보험기간 중 진단 확정된 최초의 “급성심근경색증”에 대한 치료를 받은 경우에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의 “첩약”치료는 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.
2. 1일이상 입원하여 입원기간 중 첩약을 처방받은 경우 1회 입원을 첩약치료 1회로 합니다.

④ 제1항의 “약침”치료는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침 치료로 보아 “약침치료비”를 적용합니다.

⑤ 제1항의 “특정한방물리요법”치료는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 “특정한방물리요법치료비”를 적용합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 보험기간이 끝나더라도 동일한 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 하는 “첩약치료비”, “약침치료비” 및 “특정한방물리치료비”는 한도 내에서 계속 보장합니다.

② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이

미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단 확정된 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "첩약치료비" 3회가 모두 지급되는 경우에는 "첩약치료비"에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.
② 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "약침치료비" 5회가 모두 지급되는 경우에는 "약침치료비"에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.
③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "특정한방물리요법치료비" 5회가 모두 지급되는 경우에는 "특정한방물리요법치료비"에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.
④ 제1항 내지 제3항에 따라 "첩약치료비", "약침치료비", "특정한방물리요법치료비"에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
⑤ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
⑥ 제5항의 "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.
⑦ 제5항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(특약의 보장보험료 납입면제)

① 이 특약의 납입면제는 보통약관 제31조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 피보험자가 이 특약의 납입기간 중 "급성심근경색증"으로 진단 확정되고 이 특약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2-26. 뇌졸중한방치료비 특별약관 (갱신형)

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표10】(뇌졸중 분류표)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“첩약”, “약침” 및 “특정한방물리요법”의 정의)

① 이 특약에서 “첩약”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 “한의사”라고 합니다)의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 『한의약육성법 제2조(정의)』에서 정한 한약 또는 한약재 및 『약사법 제2조(정의)』에서 정한 한약을 원료로 하여 『의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)』 및 『동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)』에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

【한의약육성법 제2조(정의)】
4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【약사법 제2조(정의)】
5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

② 이 특약에서 “약침”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출・정제・희석・혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제3부 행위 비급여 목록’에서 정하는 약침술을 말합니다.

③ 이 특약에서 “특정한방물리요법”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한방물리요법 중 한의사에 의사여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.

【“특정한방물리요법”의 정의】

추나요법	시술자가 손 또는 신체의 일부분이나 보조기구 등을 이용한 각종 추나수기법으로 환자의 신체표면에 자극을 가하여, 신체 내외부의 근육/인대/관절/신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하는 한의학 치료기술
경피전기자극요법	경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을

	가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근간섭저주파요법	간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근초음파요법	경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술

④ 제1항에도 불구하고 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 '제2부 행위급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료'에 해당하는 침술로만 치료가 행해진 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외합니다.

⑥ 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』, 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』 및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』 및 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』가 폐지 또는 변경되어 첩약치료 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급 여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 확정되고 그 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 "첩약", "약침" 또는 "특정한방물리요법"을 이용하였을 경우 아래의 금액을 뇌졸중한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액(1회당)		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
뇌졸중한방치료비	"첩약치료비"(3회한)	"첩약치료비"보장 보험가입금액의 50%	"첩약치료비"보장의 보험가입금액	"첩약치료비"보장의 보험가입금액
	"약침치료비"(5회한)	"약침치료비"보장 보험가입금액의 50%	"약침치료비"보장의 보험가입금액	"약침치료비"보장의 보험가입금액
	"특정한방물리요법치료비"(5회한)	"특정한방물리요법치료비"보장 보험가입금액의 50%	"특정한방물리요법치료비"보장의 보험가입금액	"특정한방물리요법치료비"보장의 보험가입금액

② 제1항의 "첩약치료비", "약침치료비" 및 "특정한방물리요법치료비"는 이 특약의 보험기간 중 진단 확정된 최초의 "뇌졸중"에 대한 치료를 받은 경우에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의 "첩약"치료는 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.

2. 1일이상 입원하여 입원기간 중 첩약을 처방받은 경우 1회 입원을 첩약치료 1회로 합니다.

④ 제1항의 “약침”치료는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침 치료로 보아 “약침치료비”를 적용합니다.

⑤ 제1항의 “특정한방물리요법”치료는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 “특정한방물리요법치료비”를 적용합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌졸중”으로 진단확정되고 보험기간이 끝나더라도 동일한 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 하는 “첩약치료비”, “약침치료비” 및 “특정한방물리치료비”는 한도 내에서 계속 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 확정된 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “첩약치료비” 3회가 모두 지급되는 경우에는 “첩약치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “약침치료비” 5회가 모두 지급되는 경우에는 “약침치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “특정한방물리요법치료비” 5회가 모두 지급되는 경우에는 “특정한방물리요법치료비”에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에 따라 “첩약치료비”, “약침치료비”, “특정한방물리요법치료비”에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
⑤ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
⑥ 제5항의 “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.
⑦ 제5항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(특약의 보장보험료 납입면제)
① 이 특약의 납입면제는 보통약관 제31조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 피보험자가 이 특약의 납입기간 중 “뇌졸중”으로 진단 확정되고 이 특약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제10조(준용규정)
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2-27. 항암방사선약물한방치료비 특별약관 (갱신형)

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“항암방사선약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선 약물치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다) 또는 내과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“첩약”, “약침” 및 “특정한방물리요법”의 정의)

① 이 특약에서 “첩약”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 “한의사”라고 합니다)의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 『한의약육성법 제2조(정의)』에서 정한 한약 또는 한약재 및 『약사법 제2조(정의)』에서 정한 한약을 원료로 하여 『의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)』 및 『동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)』에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

【한의약육성법 제2조(정의)】
4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.
【약사법 제2조(정의)】
5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·조달 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

② 이 특약에서 “약침”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출・정제・희석・혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제3부 행위 비급여 목록’에서 정하는 약침술을 말합니다.

③ 이 특약에서 “특정한방물리요법”이라 함은 한의사의 관리 하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한방물리요법 중 한의사에 의사여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.

【“특정한방물리요법”의 정의】

추나요법	시술자가 손 또는 신체의 일부분이나 보조기구 등을 이용한 각종 추나수기법으로 환자의 신체표면에 자극을 가하여, 신체 내외부의 근육/인대/관절/신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하는 한의학 치료기술
경피전기자극요법	경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근간섭저주파요법	간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술
경근초음파요법	경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술

④ 제1항에도 불구하고 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』의 ‘제2부 행위 급여 목록・상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료’에 해당하는 침술로만 치료가

행해진 경우와 질병 또는 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외합니다.

⑥ 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』, 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 『건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』 및 『한약제제 급여목록 및 상한금액표』가 폐지 또는 변경되어 첩약치료 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급 여부를 판정합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되고 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받고 그 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 "첩약", "약침" 또는 "특정한방물리요법"을 이용하였을 경우 아래의 금액을 항암방사선약물한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="3">구분</th><th colspan="4">지급금액(1회당)</th></tr>
<tr><th colspan="3">최초계약</th><th rowspan="2">갱신계약</th></tr>
<tr><th>계약일로부터
90일 이내</th><th>계약일로부터
90일 초과
1년 미만</th><th>계약일로부터
1년 이상</th></tr>
<tr><td rowspan="3">"암"</td><td>"첩약치료비"
(3회한)</td><td>-</td><td>"첩약치료비"보장
보험가입금액의 50%</td><td>"첩약치료비"보장의 보험가입금액</td><td>"첩약치료비"보장의 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>"약침치료비"
(5회한)</td><td>-</td><td>"약침치료비"보장
보험가입금액의 50%</td><td>"약침치료비"보장의 보험가입금액</td><td>"약침치료비"보장의 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>"특정한방물리요법치료비"
(5회한)</td><td>-</td><td>"특정한방물리요법치료비"보장
보험가입금액의 50%</td><td>"특정한방물리요법치료비"보장의 보험가입금액</td><td>"특정한방물리요법치료비"보장의 보험가입금액</td></tr>
<tr><td rowspan="3">"기타피부암"또는"갑상선암"</td><td>"첩약치료비"
(3회한)</td><td colspan="2">"첩약치료비"보장 보험가입금액의 10%</td><td>"첩약치료비"보장 보험가입금액의 20%</td><td>"첩약치료비"보장 보험가입금액의 20%</td></tr>
<tr><td>"약침치료비"
(5회한)</td><td colspan="2">"약침치료비"보장 보험가입금액의 10%</td><td>"약침치료비"보장 보험가입금액의 20%</td><td>"약침치료비"보장 보험가입금액의 20%</td></tr>
<tr><td>"특정한방물리요법치료비"
(5회한)</td><td colspan="2">"특정한방물리요법치료비"보장
보험가입금액의 20%</td><td>"특정한방물리요법치료비"보장 보험가입금액의 20%</td><td>"특정한방물리요법치료비"보장 보험가입금액의 20%</td></tr>
</table>

② 제1항의 "첩약치료비", "약침치료비" 및 "특정한방물리요법치료비"는 이 특약의 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 진단 확정된 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초로 받은 "항암방사선약물치료"에 대한 "첩약", "약침" 또는 "특정한방물리요법"을 받은 경우에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의 "첩약"치료는 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩

에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.

2. 1일이상 입원하여 입원기간 중 첩약을 처방받은 경우 1회 입원을 첩약치료 1회로 합니다.

④ 제1항의 “약침”치료는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침 치료로 보아 “약침치료비”를 적용합니다.

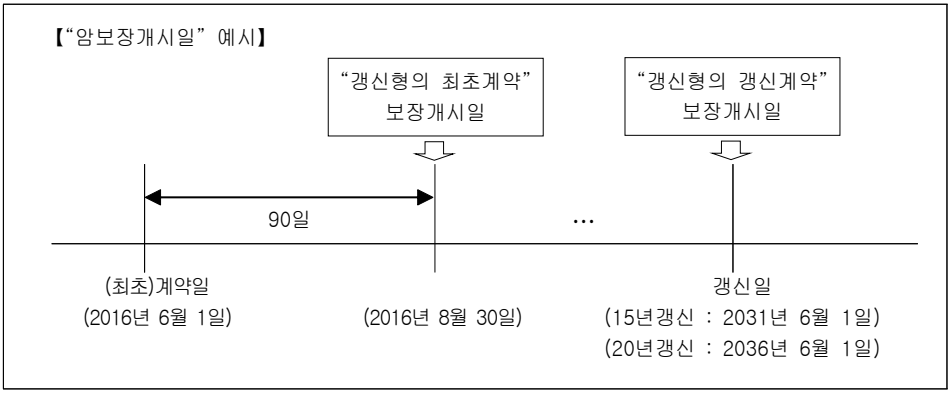
⑤ 제1항의 “특정한방물리요법”치료는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 “특정한방물리요법치료비”를 적용합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 “암”으로 진단 확정되어 항암방사선약물치료를 받은 경우 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선약물치료를 받아 제1항에서 정한 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드리지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암으로 항암방사선약물치료를 받은 이후에 ”암“으로 항암방사선약물치료를 받아 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 제7조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 항암방사선약물치료를 받은 경우에는 보험기간이 끝나더라도 동일한 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 목적으로 하는 “첩약치료비”, “약침치료비” 및 “특정한방물리치료비”는 한도 내에서 계속 보장합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우

3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제7조(특약의 자동갱신)

① 이 특약이 갱신되는 경우 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "암"으로 진단 확정되고 항암방사선약물치료를 받은 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "첩약치료비" 3회가 모두 지급되는 경우에는 "첩약치료비"에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.
② 제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "약침치료비" 5회가 모두 지급되는 경우에는 "약침치료비"에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.
③ 제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "특정한방물리요법치료비" 5회가 모두 지급되는 경우에는 "특정한방물리요법치료비"에 대한 회사의 보장은 소멸되며 해당 책임준비금을 지급하지 않습니다.
④ 제1항 내지 제3항에 따라 "첩약치료비", "약침치료비", "특정한방물리요법치료비"에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
⑤ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
⑥ 제5항의 "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.
⑦ 제5항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2-28. 요양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관 (갱신형)

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "암"이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악

성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제4조(“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)으로 인한 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단 확정되고 그 “암 등의 질병”으로 인하여 1일이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 경우에 회사는 아래의 금액을 요양병원암입원비(1일이상90일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

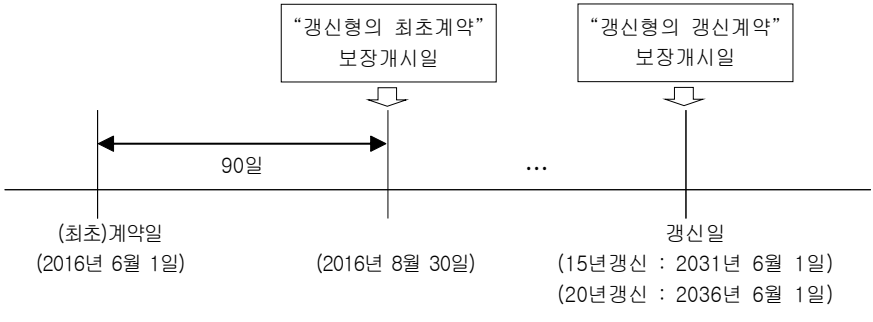
① 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과	
“암”으로 입원시	-	1일당 이 특약의 보험가입금액	1일당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	1일당 이 특약의 보험가입금액의 20%		

제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 보통약관 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 이 특약의 “암”에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



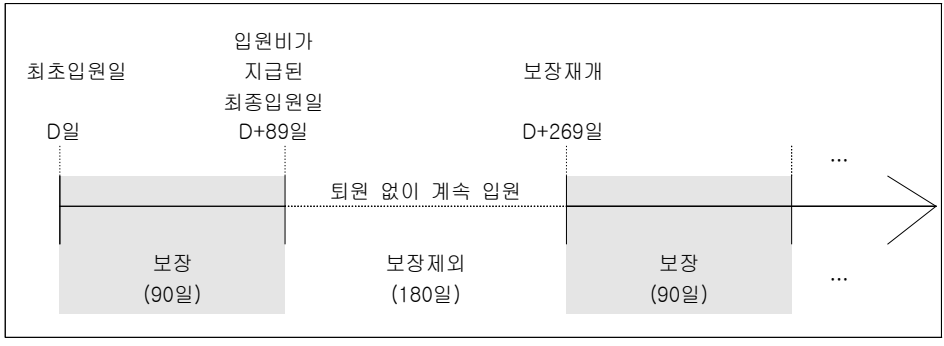
③ 요양병원암입원비(1일이상90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 “암 등의 질병”으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 요양병원암입원비(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 요양병원암입원비(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원암입원비(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 요양병원암입원비(1일이상90일한도)의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원비(1일이상90일한도)는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

⑦ 제4항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여



입원하는 것을 말하며, 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑧ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 90일을 한도로 요양병원암입원비(1일이상90일한도)는 계속 보장하여 드립니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 요양병원암입원비(1일이상90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원암입원비(1일이상90일한도)를 지급하며 요양병원암입원비(1일이상90일한도)가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원암입원비(1일이상90일한도)를 지급합니다.

제7조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

【 제도성 특별약관 】

1. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 따라 보험계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 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 보통약관 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약의 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 보험계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 “특약”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

1. 보험계약을 체결할 당시 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
2. 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우

② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 및 현재 병력과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 제1항 제2호에도 불구하고 계약 전 알릴 의무를 위반하고 계약자가 보험계약의 변경에 대한 청약을 하지 않는 경우 또는 회사가 청약을 거절한 경우 회사는 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 보험계약을 해지할 수 있습니다.

④ 이 특약의 효력발생일은 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시

일과 동일합니다.

⑤ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 보험계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특약 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

① 이 특약에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만 질병으로 인하여 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라고 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그러하지 않습니다.

1. 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라고 합니다)에 발생한 질병(【별표11】(특정부위분류표)) 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라고 합니다)(【별표12】(특정질병 분류표))

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간 전체”로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 “보험계약의 보험기간 전체”로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우가 있을 수 있습니다. 이 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약을 적용하지 않습니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

⑤ 피보험자가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으

로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
⑦ 제1항의 특정부위는 4개 이내에서, 특정질병은 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제35조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

3. 이륜자동차 운전중 상해 미보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 우리 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 '특약', 우리회사는 '회사', 보험계약자는 '계약자'라 합니다)
② 이 특약은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인것과 배기량 125cc이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트미만)인 이륜자동차를 말합니다.
③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

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

제4조(준용규정)
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관(이하 「특약」이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특약에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)
① 이 특약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가됩니다. (이하 보험계약자는 「계약자」, 보험회사는 「회사」 라 합니다)
② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 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 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정))할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)
계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금의 지급 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. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

무배당
건강명의암보험(20.04)
2종(세만기형) 보통약관

무배당 건강명의암보험(20.04) 2종(세만기형) 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 질병이나 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 상해 : 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신 할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   나. 장해 :【별표1】(장해분류표)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항 : 계약전 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. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【예시】 원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때 - 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원 - 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」내「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.)
   다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(“암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 진단확정시	-	이 보통약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급하여 드립니다. 다만, 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 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, 통원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)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 조사ㆍ확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 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 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표2】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

【단리와 복리】
이자 계산에서 단리는 원금에 대해서만 약정된 이자율과 기간을 곱해서 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 일정기간마다 이자를 원금에 합쳐 그 합계금액에 대한 이자를 다시 계산하는 방법입니다. 다시말해 단리계산은 원금에 대해서만 이자가 붙고 복리계산은 (원금+이자)에 이자가 붙는 것입니다. 단리와 복리 계산을 일반화된 수식으로 표현하자면 다음과 같습니다.
▷ 단리 : $S = A(1+r \times n)$
▷ 복리 : $S = A(1+r)^n$
(S : 원금과 이자의 합계 / A : 원금 / r : 이자율 / n : 기간)

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(『보장성보험공시이율(1701)』의 적용 및 공시)

① 이 계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 이 계약의 보장성보험공시이율(1701)로 하며 보장성보험공시이율(1701)은 매월 1일부터 해당 월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
② 제1항의 보장성보험공시이율(1701)은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권 등의 수익률을 가중평균하여 계산)를 가중 평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중에 보장성보험공시이율(1701)이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.5%를 적용합니다.
④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 보장성보험공시이율(1701)을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【공시이율】
시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.
【최저보증이율】
운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용 이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 0.3%인 경우(최저보증이율은 0.5%일 경우), 적립금은 공시이율(0.3%)이 아닌 최저보증이율(0.5%)로 부리됩니다.

제10조(중도인출에 관한 사항)

① 계약자는 보장개시일부터 1년이상 지난 유효한 계약으로써 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해지환급금(단, 보통약관의 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해지환급금을 한도로 합니다)의 80% 범위 내에서 횟수에 제한없이 중도 인출 할 수 있습니다.
② 제1항의 적립부분 해지환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 보험료 납입경과기간에 따라 제36조(해지환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액)을 말합니다.
③ 제1항의 해지환급금은 제37조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.

④ 제1항의 중도인출시 만기(해지)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 환급금이 감소합니다.

【예시】
중도인출을 요청하는 시점에서 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출한 보통약관 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우
- 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
- 원금과 이자의 합계가 30만원인 보험계약대출이 있는 경우
  잔여 중도인출 가능액 = 80만원 - 30만원 = 50만원

제11조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 보장성보험공시이율(1701)로 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표2】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제12조(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 연단위복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자가 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.

제14조(보험수익자의 지정)

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

【법정상속인】
법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제15조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】
계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【사례】
계약 청약을 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.

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약 체결일부터 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 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약

을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. (부활(효력회복)이 여러차례 발생된 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 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

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 이 계약이 성립되었음을 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 최종진단일)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.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우

를 말합니다.

⑦ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

【보험가입금액 제한】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
【일부보장 제외】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.
【보험금 삭감】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.
【보험료 할증】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

제20조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날 부터 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 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 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 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

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

지 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 당해 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 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【약관의 중요한 내용】
보험업법 시행령 제42조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 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 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【전자서명법 제2조 제2호】
「전자서명」이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말합니다.
【전자서명법 제2조 제3호】
「공인전자서명」이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말합니다.
가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제22조(계약의 무효)

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효(단, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)로 하며 이미 납입한 보험료(단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우 이를 차감한 금액을 말합니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

② 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 "암보장개시일" 전일 이전에 제3조("암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 기본계약 보장부분을 무효로 하며 이미 납입한 해당 보험료를 돌려드립니다.

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, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있을 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

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

【보험가입금액 등의 감액시 만기(해지)환급금】 보험가입금액, 보험료 등의 감액시 만기(해지)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금보다 적어질 수 있습니다.

제24조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

③ 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2016년 4월 13일
⇒ 2016년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세
【계약해당일 예시】
보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.
⇒ 보험계약일이 2016년 2월 29일인 경우 2017년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

제25조(계약의 소멸)

① 제3조("암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴때로부터 이 보통약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 그 때까지 적립한 보장부분 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 계약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제3조("암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 계약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제40조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.
【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.
【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

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. 제16조(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.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】

⑤ 제1항 및 제2항의 보험료는 제4조(보험금의 지급사유)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하 「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다.(이하 「보장보험료」와 「적립보험료」를 합하여 「보험료」라 합니다)

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료

를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 평균공시이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제28조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제3조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정 되었을 때
2. 상해로【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
3. 진단확정 된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

② 제1항에서 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, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 후유장해지급률을 결정합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1항에서 정한 보험사고 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험사고 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병 또는 상해로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 제1항에서 정한 납입면제 사유에 해당되지 않았던(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다) 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.

⑨ 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1항에서 정한 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 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

⑩ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1항에서 정한 상해 관련 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 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 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료를 납입면제하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

⑪ 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

⑫ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제29조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

【납입최고(독촉)기간】
납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.
【자동대출납입】
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 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 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

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 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 보상하여 드립니다.

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료(보장보험료와 적립보험료의 합계액)와 이에 대한 연체이자(연체된 보험료에 대하여 보통약관의 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴의무), 제17조(알릴의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항의 “암보장개시일”을 다시 적용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제16조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제32조(강제집행 등에 따라 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 회사

가 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.

【강제집행】
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
【담보권실행】
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
【국세 및 지방세 체납처분절차】
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산압류 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.

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.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제33조(계약자의 임의해지)

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

제34조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 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 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 의한 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【별표2】 (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 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제30조(보험료 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 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제39조(분쟁의 조정)

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

제40조(관할법원)

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

제41조(소멸시효)

① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 만료됩니다.

② 제1항의 소멸시효는 해당청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【소멸시효】
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2019년 4월 1일에 발생하였음에도 2022년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조(약관의 해석)

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

제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

【보험안내자료】 계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 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.

【현저하게 공정을 잃은 합의】 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제45조(개인정보보호)

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

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】
예금자보호제도란 예금보험공사에서 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급 할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

무배당
건강명의암보험(20.04)
2종(세만기형) 특별약관

무배당 건강명의암보험(20.04) 2종(세만기형) 특별약관

1. 상해관련 특별약관

1-1. 일반상해사망보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘일반상해사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는

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

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

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없

이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 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. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자】
심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.
【심신박약자】
심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

제7조(보험나이 등)

① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만 제6조(특약의 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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세
【계약해당일 예시】
보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.
⇒ 보험계약일이 2016년 2월 29일인 경우 2017년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

제8조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(피보험자의 서면동의 철회)

제6조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

1-2. 일반상해후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 아래와 같이 일반상해후유장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우: 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 지급
2. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 경우: 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 지급

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,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장

해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등
【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 장해지급률이 80%이상에 해당하여 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 “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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

1-3. 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최

종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사

본 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 특약을 해지할 수 있습니다.)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

1-4. 일반상해50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 매월 사고발생일에 일반상해50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형)으로 보험수익자에게 10년동안 확정 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 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,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)의 사고발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 사고발생 해당일로 합니다.

【사고발생일 예시】
2015년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2015년 6월 30일을 해당월의 사고발생 해당일로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수

없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해50%이상후유장해보험금(월단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 “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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는

이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

1-5. 일반상해 20%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 발생한 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 아래와 같이 일반상해20%이상후유장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우: 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 지급
2. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 20%이상 80%미만에 해당하는 경우: 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 지급

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,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직

전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등
【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(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 특약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
④ 제1항 제1호에 의한 특약의 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 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 장해지급률이 80%이상에 해당하여 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 질병관련 특별약관

2-1. 유사암진단비 특별약관

제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.

⑥ “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에 회사는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단시	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암진단비를 지급하여 드립니다.

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-2. 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형) 특별약관

제1조(“암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하“특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 매월 지급사유 발생 해당일에 아래의 금액을 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)으로 보험수익자에게 3년동안 확정 지급합니다.

구분	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 진단확정시	-	이 특약의 보험가입금액

(예시기준 : 보험가입금액 50만원기준, “암”으로 진단확정시)

보험금 지급사유 발생시기	총지급액	지급기준	가입금액	1회지급액
계약일로부터 90일 초과	1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원

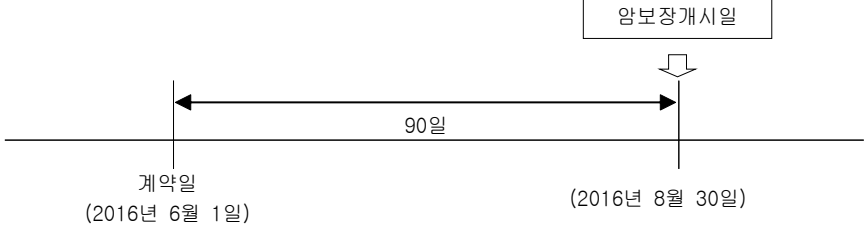
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 지급사유 발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

【지급사유 발생일 예시】
2015년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2015년 6월 30일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-3. 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형) 특별약관

제1조("암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하"특약"이라 합니다)에서 "암"이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ "암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 보험금 지급사유 발생일부터 1년이 경과한 시점부터 매년 지급사유 발생 해당일에 아래의 금액을 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형)으로 보험수익자에게 5년동안 확정 지급합니다.

구분	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액

(예시기준 : 보험가입금액 100만원기준, “암”으로 진단확정시)

보험금 지급사유 발생시기	총지급액	지급기준	가입금액	1회지급액
계약일로부터 90일 초과	500만원	보험가입금액의 100% × 5회	100만원	100만원

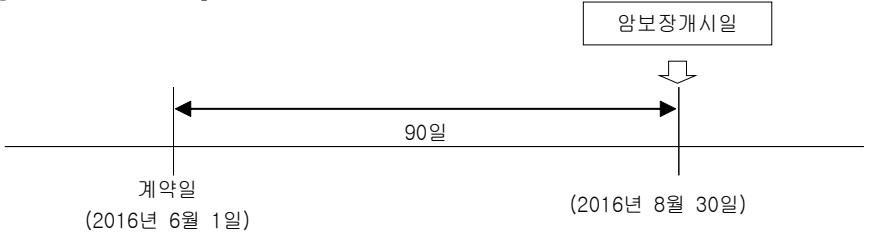
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형)을 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 지급사유 발생일이 해당년도에 없는 경우에는 지급사유 발생월의 말일을 지급사유 발생 해당일로 합니다.

【지급사유 발생일 예시】
2012년 2월 29일에 사고가 발생한 경우 2013년 2월 28일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암재발검진자금(유사암제외, 연단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암간병자금(유사암제외, 월단위분할지급형)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-4. 특정암진단비 특별약관

제1조(“특정암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "특정암"이라 함은 【별표6】(특정악성신생물(암)분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② "특정암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 "특정암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 "암보장개시일" 이후에 "특정암"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

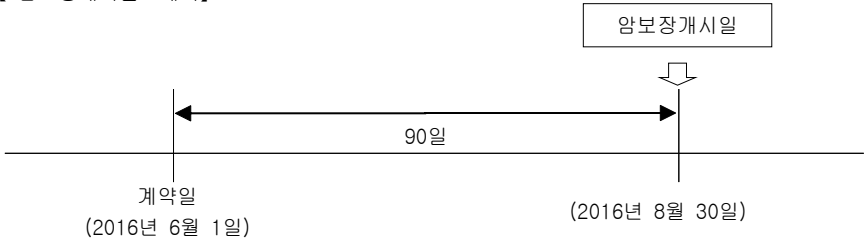
구분	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“특정암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“특정암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “특정암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “특정암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조(“특정암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“특정암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 특정암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-5. 특정암간병자금(월단위분할지급형) 특별약관

제1조(“특정암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “특정암”이라 함은 【별표6】(특정악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② “특정암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “특정암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 매월 지급사유 발생 해당일에 아래의 금액을 특정암간병자금(월단위분할지급형)으로 보험수익자에게 3년동안 확정 지급합니다.

구분	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“특정암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액

(예시기준 : 보험가입금액 50만원기준, “특정암”으로 진단확정시)

보험금 지급사유 발생시기	총지급액	지급기준	가입금액	1회지급액
계약일로부터 90일 초과 1년 미만	900만원	보험가입금액의 50% × 36회	50만원	25만원
계약일로부터 1년 이상	1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

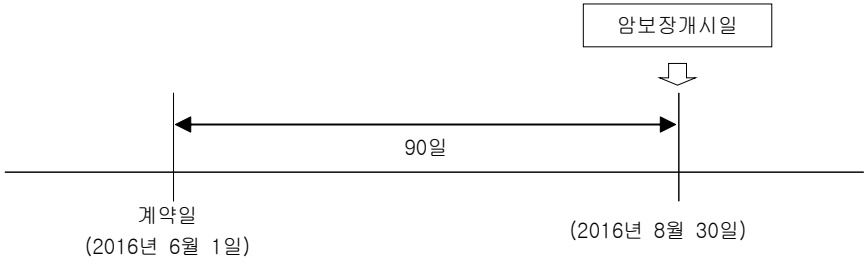
① 제2조(보험금의 지급사유)의 특정암간병자금(월단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며,

보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 합니다.

【"암보장개시일" 예시】



④ 피보험자가 "암보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "특정암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암간병자금(월단위분할지급형)를 지급하여 드립니다. 다만, "암보장개시일"전일 이전에 "특정암"으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 지급사유 발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

【지급사유 발생일 예시】
2015년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2015년 6월 30일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암간병자금(월단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 특정암간병자금(월단위분할지급형)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관

한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-6. 3대고액치료비암진단비 특별약관

제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “3대고액치료비암”이라 함은 【별표7】(3대고액치료비암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② “3대고액치료비암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “3대고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “3대고액치료비암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 3대고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

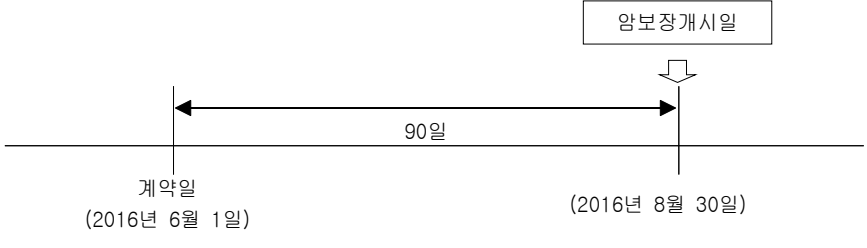
구분	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“3대고액치료비암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “3대고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대고액치료비암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “3대고액치료비암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대고액치료비암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대고액치료비암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 3대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-7. 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형) 특별약관

제1조(“3대고액치료비암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “3대고액치료비암”이라 함은 【별표7】(3대고액치료비암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② “3대고액치료비암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “3대고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “3대고액치료비암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 매월 지급사유 발생 해당일에 아래의 금액을 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)으로 보험수익자에게 3년동안 확정 지급합니다.

구분	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“3대고액치료비암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

(예시기준 : 보험가입금액 50만원기준, “3대고액치료비암”으로 진단확정시)

보험금 지급사유 발생시기	총지급액	지급기준	가입금액	1회지급액
계약일로부터 90일 초과 1년 미만	900만원	보험가입금액의 50% × 36회	50만원	25만원
계약일로부터 1년 이상	1,800만원	보험가입금액의 100% × 36회	50만원	50만원

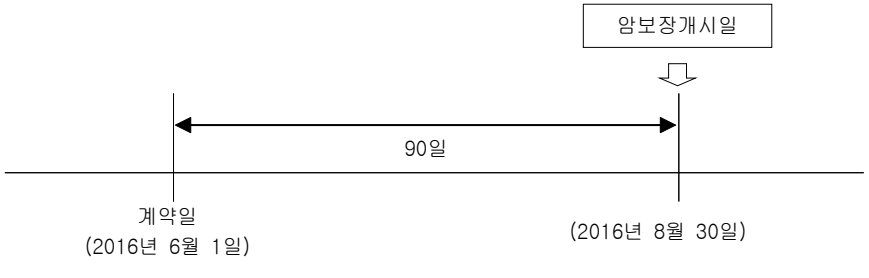
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“3대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “3대고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “3대고액치료비암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 지급사유 발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

【지급사유 발생일 예시】
2015년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2015년 6월 30일을 해당월의 지급사유 발생 해당일로 합니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조("3대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "3대고액치료비암"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("3대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "3대고액치료비암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 3대고액치료비암간병자금(월단위분할지급형)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-8. 여성3대암진단비 특별약관

제1조("여성3대암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "여성3대암"이라 함은 【별표8】(여성3대암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② "여성3대암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 "여성3대암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 에서 정한 "암보장개시일" 이후에 "여성3대암"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성3대암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

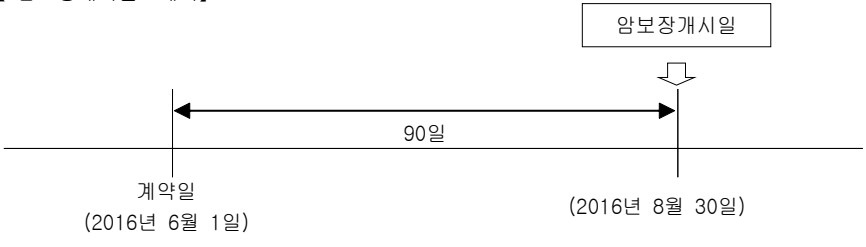
구분	계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“여성3대암”으로 진단확정시	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“여성3대암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “여성3대암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “여성3대암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성3대암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “여성3대암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조(“여성3대암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “여성3대암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성3대암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“여성3대암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “여성3대암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 여성3대암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-9. 양성뇌종양진단비 특별약관

제1조("양성뇌종양" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두 개내(머리내)의 종양을 포함합니다. 단, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌종양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.

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 말합니다.

③ "양성뇌종양"의 진단확정은 신경과 의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "양성뇌종양"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 "양성뇌종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급하여 드립니다

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "양성뇌종양"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "양성뇌종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 양성뇌종양진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-10. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "암"이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("제자리암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제4조(“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

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

제6조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 1일이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우에 회사는 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.

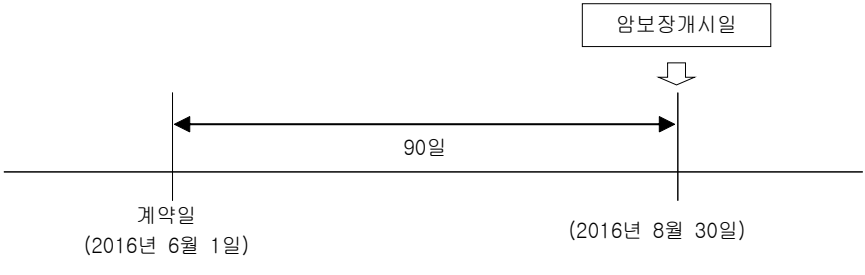
구분	지급금액	
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 입원시	-	1일당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	1일당 이 특약 보험가입금액의 20%	

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

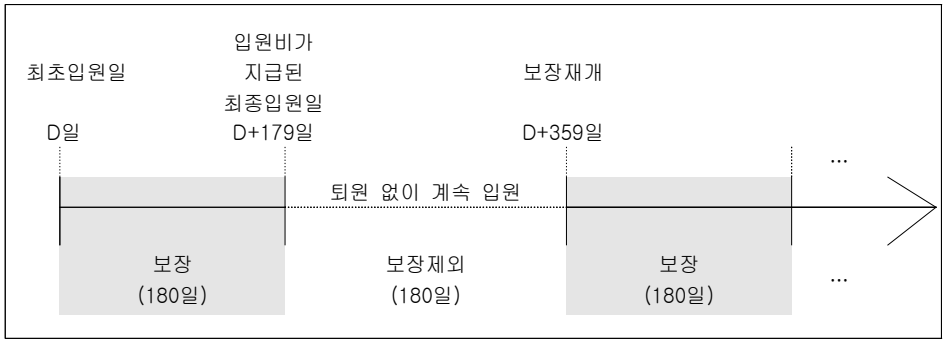
【“암보장개시일” 예시】



③ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 “암 등의 질병”의 직접 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제4항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑦ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)는 계속 보장하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)를 지급하며 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)를 지급합니다.

제8조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-11. 암수술비 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“제자리암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제3조(“경계성종양” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제4조(“수술” 의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로

기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除,특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

【절단,절제,흡인,천자】
• 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
• 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
• 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
• 천자(穿刺) : 바늘 또는 관으로 체액 등을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② 제1항의 “수술”은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.
③ 제2항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
④ 제2항의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 회사는 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 수술시	-	수술1회당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 수술시	수술1회당 이 특약의 보험가입금액의 20%	

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 “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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-12. 암수술비(유사암제외, 1회한) 특별약관

제1조(“암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除,특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

【절단,절제,흡인,천자】
• 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
• 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
• 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
• 천자(穿刺) : 바늘 또는 관으로 체액 등을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② 제1항의 “수술”은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

③ 제2항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

④ 제2항의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(유사암제외, 1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

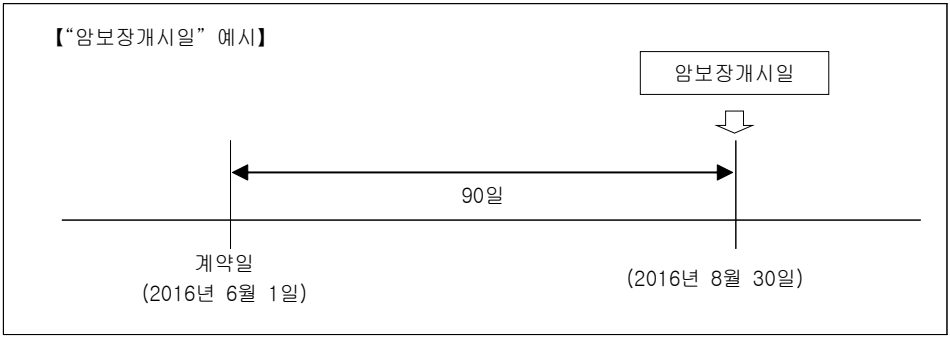
구분	지급금액	
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 수술시	-	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의

정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



제5조(특약의 소멸)

① 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암제외, 1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항 ‘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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-13. 항암방사선약물치료비 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“항암방사선약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선 약물치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다) 또는 내과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

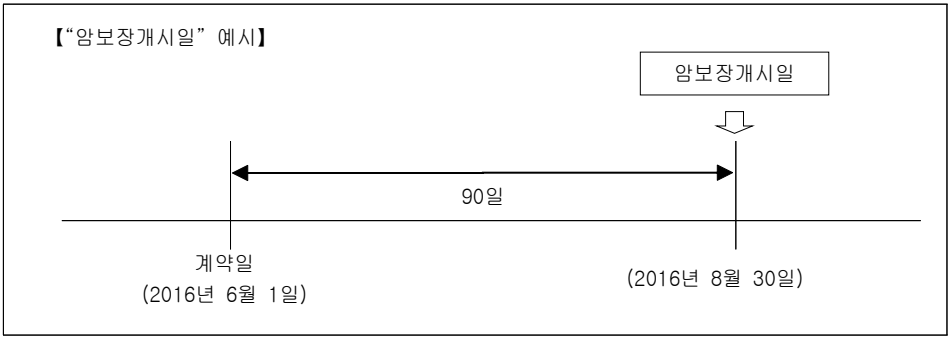
구분		지급금액		
		계약일로부터 1년 미만		계약일로부터 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
항암방사선 약물치료비	암 (단, 최초1회에 한하여 지급)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
	기타피부암, 갑상선암 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	이 특약 보험가입금액의 10%		이 특약 보험가입금액의 20%

② 제1항에도 불구하고 “암”으로 항암방사선약물치료비를 지급 받은 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선약물치료를 받은 경우에는 기타피부암항암방사선약물치료비 또는 갑상선암항암방사선약물치료비는 지급하지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선약물치료비를 지급 받은 이후에 “암”으로 항암방사선약물치료비를 받은 경우에는 암항암방사선약물치료비를 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.



제5조(특약의 소멸)

① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선약물치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

.

2-14. 급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은【별표9】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 급성심근경색증, 이차성 심근경색증, 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“급성심근경색증”으로 진단확정시	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-15. 뇌졸중진단비 특별약관

제1조("뇌졸중" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 【별표10】(뇌졸중 분류표)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“뇌졸중”으로 진단확정시	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-16. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 ”입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 질병의 치료를 목적으로 한 “입원”으로 봅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 이 특약의 보험가입금액을 질병입원비(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

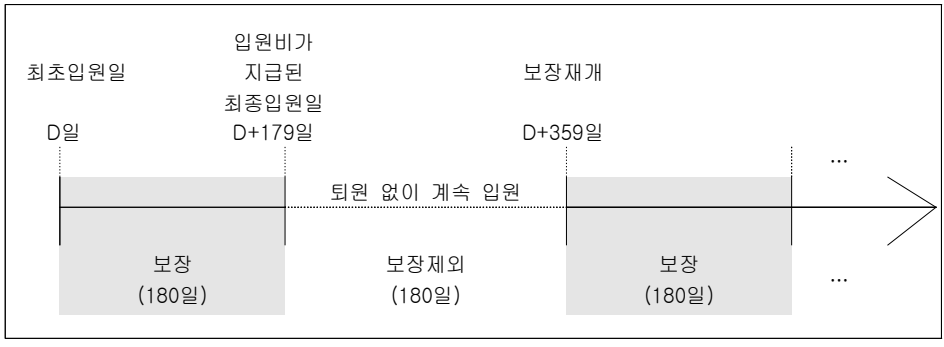
② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병입원비(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속입원중인 경우에는 질병입원비(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑤ 제3항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기



전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 질병입원비(1일이상180일한도)는 계속 보장하여 드립니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원비(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 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(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 "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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-17. 질병수술비 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

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

② 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제1조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우 (O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주의정맥의 혈전증(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

② 회사는 제1항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(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 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표 6]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 "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.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-18. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 회사는 이 특약의 보험가입금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 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,【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 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)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유

장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

【예시】
보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

제3조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-19. 질병사망보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘질병사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특약의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 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. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자】
심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

【심신박약자】
심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

제4조(보험나이 등)

① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만 제3조(특약의 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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세
【계약해당일 예시】
보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.
⇒ 보험계약일이 2016년 2월 29일인 경우 2017년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

제5조(특약의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(피보험자의 서면동의 철회)

제3조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-20. 암사망보험금 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 직접결과로써 사망하는 경우에는 회사는 아래의 금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 사망시	-	이 특약의 보험가입금액
“기타피부암” 또는 “갑상선암” 으로 사망시	이 특약의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘암사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및

“갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제4조(특약의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 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. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우

【심신상실자】
심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.
【심신박약자】
심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

제5조(보험나이 등)

① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만 제4조(특약의 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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세
【계약해당일 예시】
보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.
⇒ 보험계약일이 2016년 2월 29일인 경우 2017년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

제6조(특약의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 "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.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(피보험자의 서면동의 철회)

제4조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-21. 암진단비(유사암제외) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

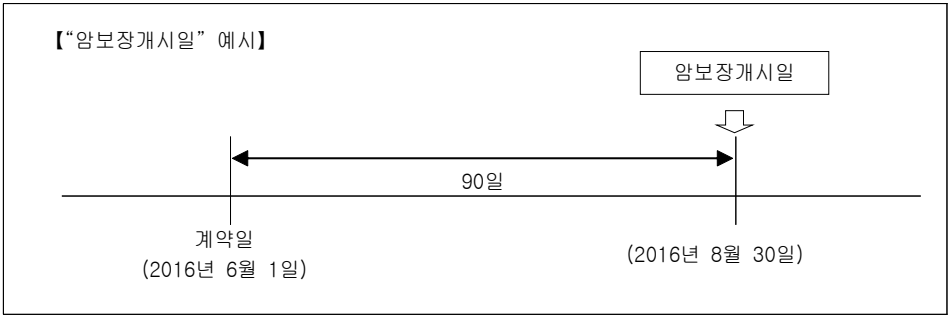
구분	지급금액	
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 진단확정시	-	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.



제4조(특약의 소멸)

① 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-22. 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관

제1조(“암(유사암및특정소액암제외)” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암(유사암및특정소액암제외)”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정소액암”, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “특정소액암”이라 함은 제3항에서 정한 “유방암 및 남녀생식기 관련 암” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류를 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

또한 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

④ 이 특약에 있어서 "대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】

상피세포층(epithelium)			
점막고유층 (lamina propria)	①		▲ 기저막(basement membrane)
점막근층 (muscularis mucosa)		②	
점막하층 (submucosa)			

(: 악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑥ "암(유사암및특정소액암제외)"의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 "암(유사암및특정소액암제외)"으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암및특정소액암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

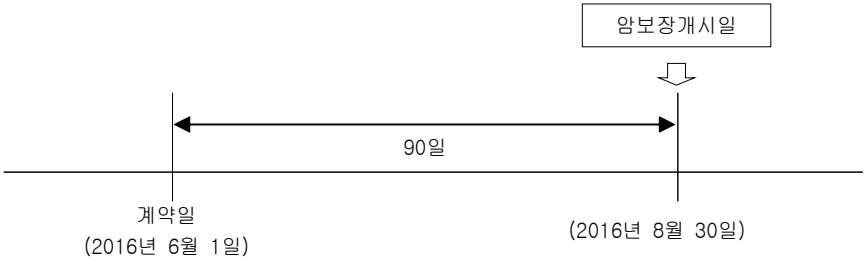
① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며,

구분	지급금액	
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과
“암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단확정시	-	이 특약의 보험가입금액

보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제4조(특약의 소멸)

① 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암및특정소액암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

2-23. 요양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관

제1조(“암”등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표3】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표4】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)으로 인한 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단 확정되고 그 “암 등의 질병”으로 1일이상 하여 요양병원에 입원하였을 경우에 회사는 아래의 금액을 요양병원암입원비(1일이상90일한도)로 보험수익자에게 지급합니다.

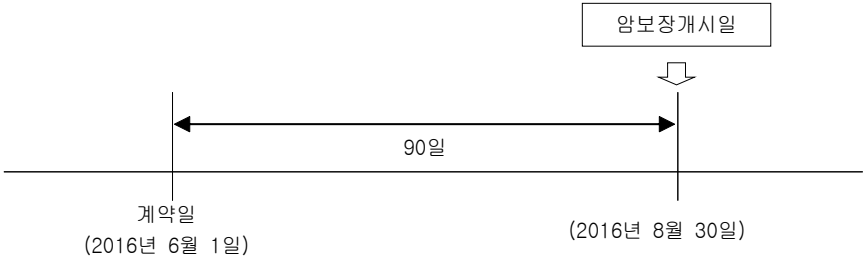
구분	지급금액	
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과
“암”으로 입원시	-	1일당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	1일당 이 특약 보험가입금액의 20%	

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

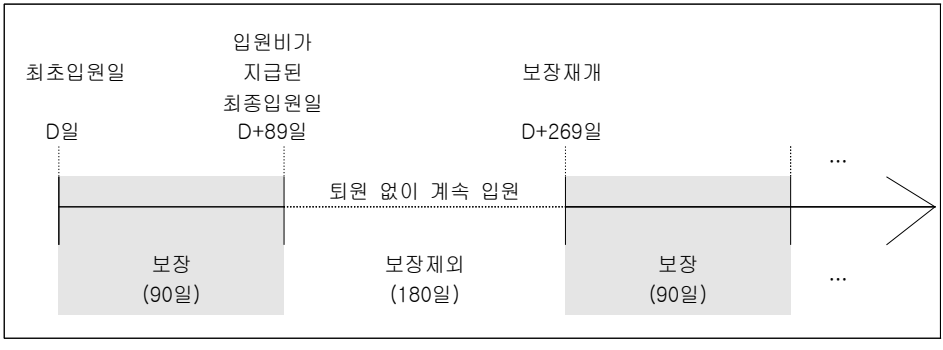
① 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



③ 요양병원암입원비(1일이상90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
④ 피보험자가 “암 등의 질병”으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 요양병원암입원비(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 요양병원암입원비(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원암입원비(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 요양병원암입원비(1일이상90일한도)의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원비(1일이상90일한도)는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
⑦ 제4항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료법 제3조(의료기관)(【별표13】(기타관계법규) 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
⑧ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 90일을 한도로 요양병원암입원비(1일이상90일한도)는 계속 보장하여 드립니다.
⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 요양병원암입원비(1일이상90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑩ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원암입원비(1일이상90일한도)를 지급하며 요양병원암입원비(1일이상90일한도)가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원암입원비(1일이상90일한도)를 지급합니다.

제7조(특약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 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.
③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는

이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

【 제도성 특별약관 】

1. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 따라 보험계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 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 보통약관 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약의 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 보험계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 “특약”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

1. 보험계약을 체결할 당시 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
2. 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우

② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 및 현재 병력과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 제1항 제2호에도 불구하고 계약 전 알릴 의무를 위반하고 계약자가 보험계약의 변경에 대한 청약을 하지 않는 경우 또는 회사가 청약을 거절한 경우 회사는 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 보험계약을 해지할 수 있습니다.

④ 이 특약의 효력발생일은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시

일과 동일합니다.

⑤ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 보험계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특약 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

① 이 특약에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만 질병으로 인하여 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라고 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그러하지 않습니다.

1. 회사가 지정한 부위(이하 "특정부위"라고 합니다)에 발생한 질병(【별표11】(특정부위분류표)) 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라고 합니다)(【별표12】(특정질병 분류표))

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1년부터 5년" 또는 "보험계약의 보험기간 전체"로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우가 있을 수 있습니다. 이 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약을 적용하지 않습니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

⑤ 피보험자가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으

로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
⑦ 제1항의 특정부위는 4개 이내에서, 특정질병은 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제32조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

3. 이륜자동차 운전중 상해 미보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 우리 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 '특약', 우리회사는 '회사', 보험계약자는 '계약자'라 합니다)
② 이 특약은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인것과 배기량 125cc이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트미만)인 이륜자동차를 말합니다.
③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

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

제4조(준용규정)
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관(이하 「특약」이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특약에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)
① 이 특약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가됩니다. (이하 보험계약자는 「계약자」, 보험회사는 「회사」 라 합니다)
② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 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 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정))할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)
계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금의 지급 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. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

【별표1】

장 해 분 류 표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) ‘장해’라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 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 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

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·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부

② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자)운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우

를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 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.

12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실 양측 전정기능 감소 일측 전정기능 소실	14 10 4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상) 장기 통원치료(1년간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회미만)	6 4 2 0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	20 12 8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) ‘씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
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.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 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 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는

24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때 2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	40 30 10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때 5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때 6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	50 30 15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해 8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해 9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	20 15 10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 『산업재해보상보험법 시행규칙』상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두 개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구 등으로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 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

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 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

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 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

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

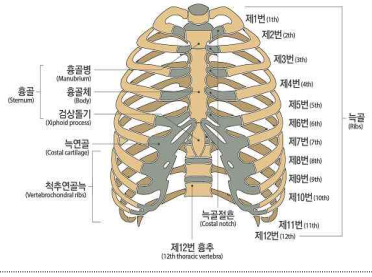
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

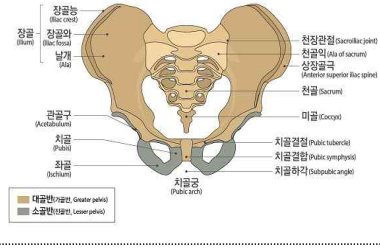
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '2등급(poor)'인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '3등급(fair)'인 경우

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '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) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그

내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

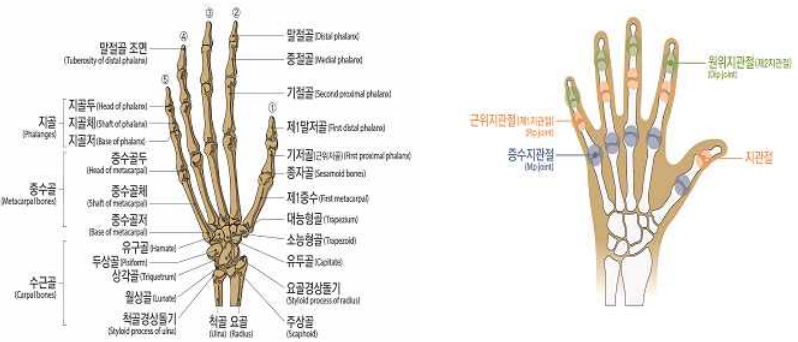
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절

(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

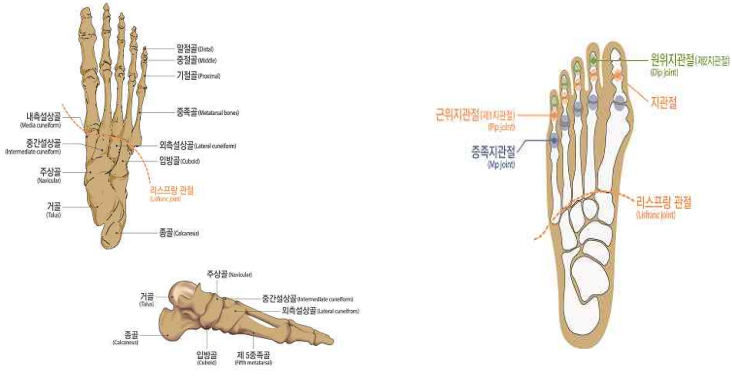
11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상을 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙

임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성 폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은

후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주)상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주)상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주)상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) '경증발작'이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙 임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 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%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표2】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지 급 이 자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 보장성보험공시이율(1701)의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 보장성보험공시이율(1701)을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
소화기관의 악성신생물	C15-C26
호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30-C39
골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43-C44
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
유방의 악성신생물	C50
여성생식기관의 악성신생물	C51-C58
남성생식기관의 악성신생물	C60-C63
요로의 악성신생물	C64-C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69-C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생뮬	C73-C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
만성 골수증식질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

제자리의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다..

대상질병명	분 류 번 호
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

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

특정악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
식도의 악성신생물	C15
간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
담낭의 악성신생물	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
췌장의 악성신생물	C25
기관의 악성신생물	C33
기관지 및 폐의 악성신생물	C34
골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
수막의 악성신생물	C70
뇌의 악성신생물	C71
척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
만성 골수증식질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

3대고액치료비암 분류표

① 약관에 규정하는 3대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성신생물 - 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물 - 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	 C40 C41
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물 - 수막의 악성신생물 - 뇌의 악성신생물 - 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	 C70 C71 C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 - 호지킨림프종 - 소포성 림프종 - 비소포성 림프종 - 성숙 T/NK-세포림프종 - 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종 - T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 - 악성 면역증식질환 - 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물 - 림프성 백혈병 - 골수성 백혈병 - 단핵구성 백혈병 - 명시된 세포형의 기타 백혈병 - 상세불명 세포형의 백혈병 - 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물 - 만성 골수증식질환 - 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	 C81 C82 C83 C84 C85 C86 C88 C90 C91 C92 C93 C94 C95 C96 D47.1 D47.5

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

여성 3대암 분류표

① 약관에 규정하는 여성3대암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 위의 악성신생물	C16
2. 유방의 악성신생물	C50
3. 자궁경부의 악성신생물	C53
4. 자궁체부의 악성신생물	C54
5. 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55
6. 난소의 악성신생물	C56
7. 태반의 악성신생물	C58

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분 류 번 호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】

뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	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

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】

특정부위 분류표

구 분	특 정 부 위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 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)
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)

구 분	특 정 부 위
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)

【별표12】

특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 지정하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구 분	특정질병	분류코드	항 목 명
1	담석증	K80	담석증
2	요로결석	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
3	척추질환	M40	척주후만증 및 척주전만증
		M41	척주측만증
		M42	척추골연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직척추염
		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
4	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
		B90	결핵의 후유증
5	하지정맥류	I83	하지의 정맥류
6	골반염	N73	기타 여성 골반의 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애
7	연골증	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
	관절증	M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스관절염
	관절염	M07	건전성 및 장병증성 관절병증
		M08	연소성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염

구 분	특정질병	분류코드	항 목 명
		M10	통풍
		M11	기타 결절 관절병증
		M12	기타 특정 관절병증
		M13	기타 관절염
		M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎 관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타장애
8	심장질환	I00	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열
		I01	심장 침범이 있는 류마티스열
		I02	류마티스무도병
		I05	류마티스성 승모판 질환
		I06	류마티스성 대동맥판 질환
		I07	류마티스성 삼첨판 질환
		I08	다발판막 질환
		I09	기타 류마티스심장질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐색전증
		I27	기타 폐성 심장질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	기타 심장막의 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스성 승모판장애
		I35	비류마티스성 대동맥판장애
		I36	비류마티스성 삼첨판장애
		I37	폐동맥판장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		I44	방실차단 및 좌각차단

구 분	특정질병	분류코드	항 목 명
		I45 I46 I47 I48 I49 I50 I51 I52	기타 전도장애 심장정지 발작성 빈맥 심방세동 및 조동 기타 심장부정맥 심부전 심장병의 불명확한 기록 및 합병증 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애
9	뇌혈관질환	I60 I61 I62 I63 I64 I65 I66 I67 I68 I69 G45 G46	지주막하출혈 뇌내출혈 기타 비외상성 두개내출혈 뇌경색증 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 기타 뇌혈관 질환 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애 뇌혈관질환의 후유증 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군 뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
10	고혈압	I10 I11 I12 I13 I15	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압
11	당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14 O24	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조-관련 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 임신중 당뇨병

주1) 제8차 개정 이후 이 약관에서 지정하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 지정하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 지정하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】

기타 관계 법규

[민법 제27조(실종의 선고)]

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

[관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일)]

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제
6. 부처님오신날(음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서의 수시 지정하는 날

[산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장해의 측정)]

① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판단한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[신용정보의이용및보호에관한법률 제16조(수집 · 조사 및 처리의 제한)제2항]

② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 제32조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)]

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있는 때에는 해당신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 계약의 이행에 필요한 경우로서 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에

게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.

7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 대통령령으로 정하는 금융질서문란행위자 및 기업의 과점주주, 최다출자자 등 관련인의 신용도를 판단할 수 있는 정보를 제공하는 경우
10. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 등 이와 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 시행령 제28조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)]

① 법 제32조제1항에서 "대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보"란 제2조제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 신용정보집중기관 또는 신용조회회사에 제공하려는 다음 각 호의 신용정보는 제외한다.

1. 제2조제1항제3호의 신용정보
2. 제2조제1항제5호 각 목(마목 및 사목은 제외한다)에 따른 신용정보. 다만, 같은 호 라목의 경우에는 체납 관련 정보, 자목의 경우에는 신용회복정보만 해당한다.

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항에 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간

③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시

하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

④ 법 제32조제1항1호에서 “대통령령으로 정하는 방식”이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보된 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하셔 동의를 받는 방식을 말한다.

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 도의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용하여야 한다.

1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
2. 신용정보제공·이용자 또는 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보르 제공받으려는 자의 업무 또는 업종의 특성
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간

⑦ 법 제32조제3항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검하여야 한다.

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보회사등이 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여야 한다.

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보회사등과의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보회사등에 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보회사등과 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보회사등이 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 하여야 한다.

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적

2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 아니한 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제1항제3호의 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
   가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
   나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
7. 통계작성 및 학술연구 등을 위하여 필요한 경우로서 신용정보회사등으로부터 특정 개인을 알아볼 수 없는 형태로 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

⑪ 법 제32조제6항제9호에서 "대통령령으로 정하는 금융질서문란행위자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다
1. 부정한 목적으로 다른 신용정보주체의 개인식별정보(제29조에서 정하는 정보를 말한다. 이하 이 호에서 같다)를 이용하여 금융거래 등 상거래를 하거나 그 상거래를 하려는 타인에게 자신의 개인식별정보를 제공한 자
2. 부정한 목적으로 금융거래 등 상거래와 관련하여 거래상대방에게 위조·변조되거나 허위인 신용정보를 제공한 자
3. 대출사기, 보험사기, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 알아낸 타인의 신용카드 정보를 이용한 거래 또는 이와 유사한 금융거래 등 상거래를 한 자
4. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 법원의 회생절차개시결정·간이회생절차개시결정·개인회생절차개시결정·파산선고 또는 이와 유사한 결정이나 판결을 받은 자
5. 그 밖에 금융거래 등 상거래와 관련하여 금융질서를 문란하게 한 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제1항제1호부터 제21호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

1. 신용정보회사등의 고의 또는 과실 없이 신용정보주체의 주소 또는 거소 등을 알 수 없는 경우
2. 신용정보의 특성, 제공 대상자, 제공 경위 및 제공 목적 등을 고려하여 공시하는 것이 적정하다고 금융위원회가 인정하여 고시하는 경우(법 제32조제4항제1호부터 제3호까지 및 제7호에 따른 정보만 해당한다)

[의료법 제3조(의료기관)]

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

[형법 제258조(중상해, 존속중상해)]

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상의 유기징역에 처한다.

[형법 제268조(업무상과실 · 중과실 치사상)]

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[제3조(여객자동차운송사업의 종류)]

법 제3조 제2항에 따라 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업

가. 시내버스운송사업: 주로 특별시・광역시 또는 시의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형・직행좌석형・좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형・좌석형 및 일반형등으로 그 운행형태를 구분한다.

다. 마을버스운송사업: 주로 시・군・구의 단일 행정구역에서 기점・종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터다목까지의 사업에 속하지 않는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형・직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운송사업

가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원(산업단지 관리기관의 경우에는 해당 산업단지 입주기업체의 소속원을 말한다)만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.

1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인

2) 회사·학교 또는 「영유아보육법」에 따른 어린이집

3) 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」에 따른 산업단지 중 국토교통부장관이 정하여 고시하는 산업단지의관리기관

나. 특수여객자동차운송사업 . : 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라경형・소형・중형・대형・모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형・소형・중형・대형・모범형 및 고급형등으로 구분한다.

[자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)]

「자동차관리법」 (이하 “법”이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[자동차관리법 시행규칙 별표1(자동차의 종류)]

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경 형	소 형	중 형	대 형
승용 자동차	배기량이 1,000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 미만인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 이상 2,000cc미만이거나 길이·너비·높이중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과 하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 15인이하인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이중 어느하나라도 소형을 초과하여 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인이상이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하여 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 1,000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하인 것으로서, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 1,000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50cc미만(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

종 류	유형별	세 부 기 준
승용	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한

자동차		유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 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.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
      1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)

2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차

3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 이륜자동차(법 제3조제1항 제5호)의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차" : 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차를 포함한다.

1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차

2) 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 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. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

www.mggeneralins.com

무배당 건강명의

암보험 [20.04]

고객센터 – 24시간 연중무휴

1588-5959

- 자동차사고 접수 및 안내
- 각종 계약, 보상 상담

※ 보험계약체결과 관련한 특별이익제공 행위는 보험업법에 의하여 처벌받을 수 있습니다.
※ 보험모집질서 위반행위 신고센터 [금융감독원] TEL : 02-3145-7518, FAX : 02-3786-7689, 인터넷 : www.fss.or.kr
※ 보험범죄 신고센터 [금융감독원] TEL : 1588-3311, 02-3786-7520, 인터넷 : www.fss.or.kr (인터넷보험범죄신고)

• 제작 : 상품개발팀 / 제작일 : 2020년 4월 / 관리번호 : 22010-1, 22020-1

MG손해보험주식회사
서울시 강남구 테헤란로 335 MG손해보험빌딩